

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA

DIPLOMSKA NALOGA

Izola, oktober, 2007

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA

HUMANIZACIJA ZDRAVSTVENE NEGE

HUMANIZATION NURSING CARE

Študentka: ANDREJA PLIMEN

Mentor: MAJDA ŠLAJMER- JAPELJ predavatelj

Študijski program: VISOKOŠOLSKI STROKOVNI ŠTUDIJSKI PROGRAM

Študijska smer: ZDRAVSTVENA NEGA

IZOLA, OKTOBER, 2007

ZAHVALA

Iskreno se zahvaljujem prof. Majdi Šlajmer- Japelj, za nesebično pomoč pri vsebinski izdelavi in svetovanju pri nastajanju diplomskega dela. Hvaležna sem za vsak trenutek njenega dragocenega časa, ki ga je posvetila meni.

Zahvala gre tudi Zdravstvenemu domu Koper, ker so mi omogočili raziskovalno delo in hvala vsem medicinskim sestram in zdravstvenim tehnikom, ki so se odzvali mojemu povabilu k sodelovanju.

Nenazadnje se z vso ljubeznijo in s spoštovanjem zahvaljujem staršem, življenjskemu sopotniku Primožu ter tašči in tastu za nesebično pomoč in podporo ter zaupanje skozi ves čas študija in med izdelavo diplomskega dela. Zavedam se, da mi brez njihove podpore ne bi uspelo uresničiti svojega življenjskega cilja, da nadgradim znanje iz zdravstvene nege in diplomiram v tej smeri.

Zahvaljujem se nečakinji Anji, katera mi je pomagala pri tehničnih težavah z računalniško obdelavo diplomskega dela.

Ob koncu študija se nam je pridružil nov družinski član Nik, vendar je največjo težo bremena nosil starejši sin Aleks, ki je pri svojih šestnajstih letih na svoj način podprl mamo, katera mu je v marsikaterem trenutku izredno manjkala. Zato se njemu še posebej, z materinsko ljubeznijo zahvaljujem za vsak trenutek, ki ga je moral preživeti brez mene.

Nazadnje se zahvaljujem vsem tistim, ki se komajda zavedajo, da so mi pomagali in da sem tudi z njihovo pomočjo dosegla svoj cilj.

KAZALO VSEBINE

ZAHVALA.....	i
KAZALO VSEBINE.....	ii
KAZALO SLIK.....	iv
KAZALO TABEL.....	v
POVZETEK IN KLJUČNE BESEDE	vi
ABSTRACT AND KEYWORDS	vii
1 UVOD.....	1
1.1 Zgodovina razvoja zdravstvene nege	2
1.2 Osnovni elementi modelov in teorij zdravstvene nege.....	5
2 PROCESNA METODA DELA V ZDRAVSTVENI NEGI.....	9
2.1 Sestavni elementi posameznih faz procesa zdravstvene nege	9
3 POMEN VREDNOT KOT SO ETIKA, MORALA, DEONTOLOGIJA IN HUMANOST	12
3.1 Opredelitev in razmejitev pojmov	12
3.2 Odsev etike skrbi v zdravstveni negi.....	14
3.3 Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije.....	15
4 POMEN PRIMARNE, SEKUNDARNE TER TERCIARNE SOCIALIZACIJE	19
4.1 Primarna socializacija.....	19
4.2 Sekundarna socializacija.....	20
4.3 Terciarna socializacija	21
5 POMEN VKLJUČEVANJA ETIKE V IZOBRAŽEVALNE PROGRAME V ZN.....	22
5.1 Namen poučevanja etike medicinskih sester	22
5.2 Cilji izobraževanja etike v zdravstveni negi.....	23
6 FORMALNE IN NEFORMALNE OBLIKE IZOBRAŽEVANJA MEDICINSKIH SESTER.....	25
7 HIERARHIJA V ZN IN ODNOS MED MEDICINSKIMI SESTRAMI IN ZDRAVNIKI.....	28
7.1 Pomen medsebojnih odnosov med zdravstvenimi delavci	28
8 MENEDŽERJI IN ETIKA V ZN	31
8.1 Nova vloga vodje v procesu ZN	32
8.2 Kvalitetno profesionalno delovno okolje nastane s pomočjo:.....	33
9 PREOBREMENJENOST MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV	35
9.1 Stres kot nespecifičen odgovor na obremenitev	35
9.2 Sindrom izgorevanja.....	37
10 POMEN KOMUNIKACIJE PRI DELU ZDRAVSTVENIH DELAVCEV	40
10.1 Osnovna načela dobre komunikacije.....	40
10.2 Pomen komuniciranja v zdravstvenih institucijah.....	41
10.3 Posebnosti medsebojne komunikacije	43
11 KAKOVOST, KRITERIJI IN STANDARDI V ZDRAVSTVENI NEGI.....	45
11.1 Teoretične osnove in definicije.....	45
11.2 Pomen standardov in kriterijev v zdravstveni negi	46
12 NAMEN DIPLOMSKE NALOGE	49
12.1 Cilji raziskovalnega dela	49
12.2 Hipoteze.....	49
13 EMPIRIČNI DEL	50
13.1 Materiali in metode.....	50

13.2	Vzorec in potek raziskave.....	50
13.3	Splošna opredelitev raziskave	50
14	REZULTATI ANKETNEGA VPRAŠALNIKA	51
15	RAZPRAVA.....	59
16	SKLEP.....	62
17	VIRI.....	63
18	PRILOGE	68

KAZALO SLIK

Slika 1: Trenutno delovno mesto medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.....	51
Slika 2: Prikaz zadovoljstva zaposlenih na delovnem mestu	52
Slika 3: Ponazoritev medsebojnega odnosa zaposlenih	52
Slika 4: Kako medicinske sestre in zdravstveni tehniki, obvladujejo stres na delovnem mestu	53
Slika 5: Kaj menijo medicinske sestre in zdravstveni tehniki o upadu humanega odnosa do pacientov.....	54
Slika 6: Možnost sodelovanja medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v razpravah ter skupnega postavljanja ciljev zavoda.....	55
Slika 7: Korelacija med stresom in starostjo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov	56
Korelacija med podporo nadrejenih ob stresnih situacijah in med enako možnostjo strokovnega izobraževanja.	57
Slika 8: Korelacija med obremenjenostjo, normativi Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije ter dehumanizacijo.....	58

KAZALO TABEL

Tabela 1: Mnenje o enaki možnosti strokovnega izobraževanja glede na podporo nadrejenih ob stresnih situacijah	57
--	----

POVZETEK IN KLJUČNE BESEDE

V diplomskem delu so predstavljeni dejavniki, ki vplivajo na proces dehumanizacije ter pomen humanih vrednot, etike in morale v zdravstveni negi. Kljub temu, da medicinske sestre razpolagajo z bogatejšim znanjem na fakultetnem nivoju in da so pacienti obdani z modernimi tehničnimi aparaturami, negovalnimi pripomočki in različnimi izboljšavami, se le-ti morda počutijo osamljeni, če ne celo zapuščeni, kajti nihče ne skrbi zanje kot za osebo, ki potrebuje več kot le usmerjenost k njegovi bolezni.

V raziskavi, ki je bila izvedena med zdravstvenimi delavci vseh profilov, v Zdravstvenem domu Koper, sem ugotovila, kaj vpliva na proces dehumanizacije v zdravstveni negi in zakaj medicinske sestre ne izpolnjujejo pacientovih pričakovanj, ki ga ti gojijo, ko v medicinskih sestrah vidijo tiste, ki naj zdravstveni sistem zopet naredijo bolj »človeški«.

Na podlagi raziskave, ki je potekala s pomočjo anonimnih vprašalnikov, sem lahko potrdila prvo hipotezo in sicer, da se med medicinski sestrami potreba po stalnem kontinuiranem izobraževanju večja in vzporedno s tem potreba po socialnem učenju. Iz raziskave je razvidno, da je medsebojne komunikacije čedalje manj. Prav tako je okrnjena komunikacija med zdravstvenim osebjem in pacientom.

Na samo obremenitev in izgorevanje medicinskih sester med drugimi dejavniki vplivajo tudi visoki normativi, ki jih diktira Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije in vzporedno s temi normativi ni prilagojena standardizacija kadra.

.

Ključne besede; humanizacija, etika, morala, socializacija, zdravstvena nega

ABSTRACT AND KEYWORDS

This diploma paper presents the factors which affect the process of dehumanization and the meaning of humane values, ethics and morals in Nursing Care. Although nurses dispose with larger knowledge, equal to faculty level, and patients are surrounded by modern technical equipment and apparatuses, nursing devices and several improvements, the patient might feel left alone or even abandoned, since there is nobody to care for him/her as an individual person who needs more than mere attention focused on their disease or condition.

The research implemented among the health care staff of all profiles at the Health Centre Koper has brought me to a finding what influences the process of dehumanization in health care and why nurses fail to fulfil the expectations fostered by the patients who see nurses as those very persons called to make the health care system more ‘humane’.

Following the research implemented by anonymous questionnaires I was able to affirm the first hypothesis, namely that there is a growing demand for permanent, continual education among nurses and concurrently, the need for social learning arising there from.

The outcome of this research reveals there is less and less mutual communication and quite in the same trend, the communication between nursing staff and the patient is impaired as well. The heavy workload on nurses and their resulting burn-out are even more affected by the high rates required by the Slovenian Health Insurance Institute and what is more, the Human Resources standardization is mismatched with these rates.

Key words: Humanization, Ethics, Morals, Socialization, Nursing Care

1 UVOD

Medsebojni odnos med medicinsko sestro in pacientom je temelj zdravstvene nege in nastopi ob vsaki priložnosti srečanja ter na vseh področjih zdravstvene nege. Tako sta etika, morala in humanost veliko bolj vpeta v izvajanje zdravstvene nege.

Sodobni zdravstveni sistem že dolgo ni več le v funkciji odpravljanja bolezni, temveč je vse bolj v funkciji ohranjanja zdravja in ustvarjanja »dobre kondicije in dobrega počutja ljudi.« Cilj vsakega delovanja in ustvarjanja bi moral biti nekaj dobrega, dobro pa je tisto, k čemur človek teži. V zdravstveni negi so čedalje pomembnejše vrednote vezane na humanost, etiko ter moralo. Zaskrbljujoče je dejstvo, da te vrednote izgubljajo svojo pomembnost. S tem se je pričel proces naraščanja dehumanizacije v zdravstveni negi. Okrnjeni so etični, moralni ter humani odnosi med zdravstvenim osebjem in pacientom ter s tem povezane patogene komunikacije.

Zaposleni v zdravstveni negi, se moramo zavedati pomembnosti etičnega, humanega in moralnega delovanja v praksi, saj je to delovanje enako pomembno kot samo izvajanje postopkov v zdravstveni negi.

V diplomski nalogi želim poudariti dejavnike, zaradi katerih je opazen upad humanosti na področju zdravstvene nege. Osredotočila se bom na probleme, ki se tičejo osebnih in organizacijskih dejavnikov, ki vplivajo na izgubo humanega odnosa med zdravstvenim osebjem ter pacienti, saj na sam odnos vplivajo številni dejavniki, ki so rezultat sodobnih družbenih sprememb in delovnega okolja.

Izhajala bom iz primarne, sekundarne ter terciarne socializacije in s tem družine, ki je osnovna družbena celica. Kakor sem že omenila, so sodobne družbene spremembe pripeljale do dehumanizacije v zdravstveni negi. Vprašati se je potrebno; kaj je »požrlo« humanizacijo ki, naj bi bila temelj celostne zdravstvene nege.

Kot zdravstveni delavci imamo moč, da delamo dobro in slabo. Tako duhovno kot moralno rastemo že od rojstva in smo ustvarjeni tako, da se nas drugi lahko dotaknejo. Oblikujejo nas starši, učitelji, mentorji, sodelavci na delovnem mestu. Ravno tako nas pa lahko sooblikujejo pacienti, katerim je posvečena največja skrb zdravstvenih delavcev. Sam proces zdravljenja bistveno pospešijo pristni medčloveški odnosi, pri čemer se zdravstveni delavec vključuje kot celovita osebnost, tako na čustvenem kot na izkustvenem področju.

Stiki s pacienti lahko pomenijo pristne medčloveške odnose, včasih pa so lahko v breme. Tudi medicinske sestre so samo ljudje. Dobra medicinska sestra se mora biti sposobna vživeti v pacientovo stisko in trpljenje, da mu lahko pomaga, obenem pa mora ohraniti ustrezno razdaljo, da je problemi pacientov, ki jih srečuje, osebno ne prizadenejo. Tako mora združevati lastnosti, ki se drugače zdijo nezdržljive, mogoče celo izključujoče. Vse to kaže na širokost medicinske sestre, ki ima v svoji krhki podobi mogočno podlago, na katero se naslanja pomoči potreben pacient.

1.1 Zgodovina razvoja zdravstvene nege

Posamezna zgodovinska obdobja v razvoju zdravstvene nege

Intuitivno empirična doba do 6. stoletja

Začetki nege so intuitivni z najenostavnejšimi postopki (božanje, gnetenje, uporaba toplote, mraza in zeliščne terapije).(1) V tem obdobju je velik vpliv religije – bolezen je volja bogov. Zdravstveno nego so izvajali religiozni redovi, vdove, neporočene ženske, diakonese, rimske matrone, služabniki (sužnji bogatašev ali učenci zdravnikov), ter najeti delavci za nego na domu.

Napogosteje so negovali na domu, v Asklepijevih templjih (v antični Grčiji), v Iatreionih (domovi grških zdravnikov), v lazareti (državne institucije za zdravljenje vojakov, v Diakonijah, v valetudinarijah (privatna last posestnikov) ter bolnišnicah Rimskih matron (v razkošnih domovih bogatih družin).(1)

Doba organiziranega poučevanja od 500 do leta 1860

Od leta 500 pa do 1000

Narašča spiritualizem, širjenje krščanske vere in stroga pravila cerkve. Ti vzroki vplivajo na polreligiozne redove, da se začno zapirati za samostanske zidove.(1) Negujejo redovnice, redovniki, družinski člani, prostovoljke ter služabniki ali najeti negovalci. Negovali so v samostanski bolnišnicah, v hospitalih (hospes, lat. Gost – gostišča in zavetišča za popotnike, ranjene in bolne na lokaciji važnih gorskih poti in prelazov ter v mestnih bolnišnicah).(1)

Od 1000 do 1500

Pomemben mejnik so Križarske vojne (1096-1291). Za ranjene in bolne so skrbeli vitezi in menihi.

Pri nas v Sloveniji so se pričele odpirati razne ustanove za oskrbo bolnih (1);

- Bolnišnica v Komendi, 1296 (ustanovitelj malteški vitezi-hospitalci)
- Infirmarije – zavetišča, oskrbovališča pri samostanih Stična, Bistra in Kostanjevica
- Špitali na prelazih Ljubelj, Hrušica na Krasu
- Meščanski špital v Ljubljani (kot zavod, zavetišče za stare, brez svoje krivde obubožane meščane, otroke brez staršev in najdenčke)
- Meščanski špital v Mariboru l. 1348.

Od leta 1500 do 1700

V tem obdobju so bile bolnišnice tako imenovane »hiše groze«. Čeprav je bilo obdobje reformacije, je bila za nego v tem času doba največjega mračnjaštva.(1)

Vzroki so:

- nesorazmerje med potrebami ljudi po negi in kapacitetami bolnišnic (širjenje epidemij, kuga, črne koze, kolera).
- padec kvalitete negovalnega osebja (negovalci so neuki, nepismeni, ostareli, grobi, prepirljivi in odvisni od alkohola)

- bolnišnice so bile mračne, neprijazne, slabo ventilirane, prepolne ter slabo higiensko vzdrževane
- kruti delovni pogoji negovalcev, delo od jutra do noči, ne le negovanje, tudi pranje, čiščenje in kuhanje.

Leta 1633 so nastali zametki formalnega izobraževanja za poklic negovalke. Vincent de Poul (1576-1660) je osnoval združenje žena, negovalni red usmiljenk, ki se je razširil po vsej Evropi. Program usposabljanja je trajal 2 meseca pripravljalne dobe plus petletna praksa, ki vsebinsko ni bila določena.(1)

Ideja Pavelskega je bila, da naj odločitev za šolo izhaja iz veselja do dela, negovalke ne smejo biti zaprte v samostanu, imeti morajo stalen stik z okoljem in ljudmi. Njihova pomembna naloga naj bi bila, da se ljudje rehabilitirajo in ne, da ostanejo od pomoči odvisni.(1)

Od leta 1700 do leta 1860

V bolnišnicah so bolnike le malo zdravili in nega je bila nezadostna, ljudje so množično umirali. Napredni francoski, nemški in angleški zdravniki so pričeli pisati učbenike za negovalce, vendar jih le ti niso brali. Negovanje je bilo del obveznega ženskega dela, sestavni del naravnega zahtevanega značaja ženske tega časa. Skrb za bolne je bil izraz ženske materinske ljubezni do otrok, moža, staršev, sorodnikov, torej neplačano delo ljubezni, ki je bilo naloženo ženski zato, ker je ženska.(1)

V Sloveniji se je leta 1753 ustanovila prva babiška šola v Ljubljani, ki je bilo poleg Celovške med prvimi v Evropi (1). Program šolanja je zajemal usposabljanje za pomoč pri porodu, za oskrbo otročnice in novorojenca. Trajanje šolanja od l. 1753 - 2 meseca, od l. 1815 – 5 mesecev in od 1920 do 1944 18 mesecev. Leta 1789 se je ustanovila prva civilna bolnišnica v Ljubljani.

Doba moderne zdravstvene nege od leta 1860 do 1945

V tem obdobju so medicino poučevali na univerzah. Negovanja so se učili s priučevanjem, nad katerim je imel nadzor zdravnik, iz česar izhaja podrejenost ljudi, ki so bili negovani. Vzrok podrejenosti je bila tudi spolna in slojna diskriminacija, na katero je vplival tudi ugled poklica v družbi.

Zgodovinske okoliščine so dajale razvoju zdravstvene nege različne možnosti, za kar je zelo dober primer Krimska vojna. Florence Nightingale 1820-1910 je postala pojem v razvoju profesionalne zdravstvene nege.(2) Bila je izredno izobražena aristokratinja in to v času, ko so si izobraženost, znanstvenost in svetovljanstvo lastili moški. Osebna negovalna izkušnja jo je obogatila za spoznanje, da za lajšanje težav in trpljenja medicinska sestra ne potrebuje le prijaznosti, potrpežljivosti in dobrotljivosti, temveč tudi obsežno znanje in spretnosti.

Zelo malo je znanega o veliki ruski vojvodinji, Katerini Mihajlovni Bakunini, ki je v Krimski vojni na drugi strani organizirala nego na zelo podoben način in je o teh izkušnjah napisala knjigo, ter predlagala poklicno izobraževanje medicinskih sester. Zaradi fevdalne ureditve takratne Rusije je bila manj uspešna, saj je revolucionarno obdobje tako temeljito obračunalo z vsem, kar je pripadalo aristokraciji. Tako so bile vse njene knjige uničene (en primerek se je ohranil in bo tudi ponatisnjen).(2)

Cilji dobe moderne zdravstvene nege (1)

- pridobitev formalne strokovne izobrazbe za poklic,
- uveljavitev poklica medicinske sestre (ugled, pravni status),
- razširitev dejavnosti medicinskih sester na izven bolnišnično področje,
- oblikovanje programa za specializacijo,
- standardizacija programov,
- ustanavljanje strokovnih organizacij (ICN – mednarodno združenje medicinskih sester; Slovenija je članica od leta 1993).

Izobraževanje medicinskih sester pri nas v preteklem obdobju (1)

- občasni kratki tečaji iz strežbe bolnikom, pod vodstvom vodje oddelkov ali bolnišnic
- tečaji za bolničarje, ki trajajo od 3 do 6 tednov
- leta 1924 šola za zaščitne sestre v Ljubljani – program je trajal eno leto, s poudarkom na socialni higieni in zaščiti otrok,
- zasluge za prvo strokovno šolo pri nas ima Angela Boškin (1885 - 1977), ki je bila prva šolana medicinska sestra pri nas in je dala pobudo za ustanovitev posvetovalnic za matere in otroke
- 1919 je bil izdan prvi dekret o zaposlitvi medicinskih sester, ki je obsegal opis dela in delokroga ter nagrado
- leta 1927 sprememba naziva šole v šola za dečje zaščitne sestre in dojenjske negovalke – dvoletni program
- leta 1932 je trajal program 3 leta, s poskusno dobo treh mesecev ter s sprejemnim izpitom

Doba sodobne zdravstvene nege od leta 1945 do danes

Razvoj izobraževanja zdravstvene nege, je potekal sicer s časovnimi zastoji in to le takrat, kadar je vsakih nekaj let na vodilna in vodstvena mesta v zdravstvu prišla struktura z anahronistično dediščino avstro-ogrskega modela vodenja zdravstvenega tima. K sreči je večina teh vedela, da ne more biti kvalitetnega zdravstvenega tima, če strokovnjaki vseh področij nimajo možnosti za strokovno in osebno rast. Tako so se začele ustanavljati šole zaradi potreb po strokovnem znanju iz področja zdravstvene nege.(2)

Izobraževanje medicinskih sester v dobi moderne zdravstvene nege

- leta 1949 preimenovanje šole v Šola za medicinske sestre v Ljubljani
- leta 1949 postane šola štiriletna
- leta 1951 je bil sprejet pogoj za opravljanje poklica medicinske sestre končana srednja šola
- leta 1954 se preimenuje šola v Višjo šolo za medicinske sestre
- leta 1962 se preimenuje v »Višja šola za zdravstvene delavce«
- leta 1993 se že preimenuje v »Visoka šola za zdravstvo v Ljubljani«
- leta 1993 je pričela s svojim delovanjem Višja šola za zdravstvo Maribor
- leta 1995 se poimenuje v Visoko zdravstveno šolo in je najmlajša članica Univerze v Mariboru
- leta 2002 je bila ustanovljena Visoka šola za zdravstvo Izola leta 2006 je bila ustanovljena Visoka šola, kot samostojni visokošolski zavod Jesenice.(3)

Cilji sodobne zdravstvene nege so (4):

- dvig kvalitete in kvantitete izobraževanja (ločitev šol od bolnišnic, razmerje med teorijo in prakso, prenos nekaterih izobraževalnih programov na univerzitetni nivo),
- izboljšanje organizacije negovalne službe (opredelitev vsebine dela in kompetenc negovalnega tima),
- uveljavitev ideje permanentnega strokovnega izpopolnjevanja,
- razvoj znanstveno raziskovalnega dela,
- graditev teorije zdravstvene nege,
- razvijanje metodologije zdravstvene nege,
- uveljavitev samostojnosti stroke v okviru zdravljenja.

1.2 Osnovni elementi modelov in teorij zdravstvene nege

Pomen modelov in teorij zdravstvene nege

Teorije in modeli zdravstvene nege so osnova znanosti zdravstvene nege. Govorijo o vsebini zdravstvene nege, o tem, kaj zdravstvena nega je in kaj naj bi bila. Za prakso zdravstvene nege, imajo modeli in teorije velik pomen, saj so vodilo praksi, odločilno vlogo imajo v raziskovanju, s katerim pripomorejo k razvoju in priznanju zdravstvene nege kot znanstvene discipline. Prav tako so pomembni za izobraževanje, saj narekujejo smernice in vsebino študijskim programom za zdravstveno nego.(4)

Za razumevanje posameznega teoretičnega modela je potrebno poznati okolje in čas, kjer je neko delo nastalo, saj je nastalo pod različnimi vplivi profesionalnih izkušenj na področju zdravstvene nege ter njihove specifične izobrazbe. Ravno tako je plod njihovih osebnih vrednot ter stališč.(5)

Skupine modelov zdravstvene nege, razporejene po vsebini

Modeli potreb izhajajo iz teorij humanističnih ved, predvsem iz motivacijske teorije A. Maslowa.(6) Ti modeli predstavljajo medicinsko sestro kot aktivno osebo, ki pomaga pacientom v njihovih prizadevanjih za samostojnost in neodvisnost. Predstavnice teh modelov so V. Henderson (1955), F. Abdelah (1960), D. Orem (1971) in N. Roper (1976).

Modeli interakcij temeljijo na humanističnih teorijah osebnosti, teorijah interakcije in filozofije.(6) Interakcija pomeni razvijanje novih odnosov, tako pacienta do medicinske sestre in obratno. Za pacienta pomeni, da je pripravljen na sodelovanje, da zaupa vase in v druge, hkrati pa interakcija pomeni spreminjanje podobe posameznika in razvijanje novih vzorcev vedenja. Ta model razlaga, kako naj medicinska sestra deluje. Predstavnice teh modelov so: I. King (1971), Orlando (1961) in Wiedenbach (1964).

Modeli izidov so črpali svoje teoretične podlage predvsem v razvojni teoriji osebnosti, teoriji sistemov in adaptacijski teoriji (6). Cilj intervencij medicinske sestre je, da bolnemu povrne stabilnost in mu pomaga doseči harmonijo z okoljem. Predstavnice so: D. Johnson (1959), M. Levine (1966), M. Rogers (1970), K. Roy (1976) in B. Neuman (1979).

Predstavitev posameznih avtoric teoretičnih modelov zdravstvene nege

Florence Nightigale (1820-1910)

Navedena avtorica je definicijo zdravstvene nege opredelila kot poklic, ki je zasnovan na spoznavanju naravnih zakonov, ki vplivajo na zdravje ter jo definirala kot humanistično službo. Poudarila je, da je pri pacientu potrebno spoznati njegove fizične, intelektualne in psihične sposobnosti, da bi lahko bila zdravstvena nega uspešna.(7)

Najpomembnejši element teorije je po njenem mnenju okolje in sicer ga deli na fizično, psihično ter na socialno. Dejavniki fizičnega okolja so zrak, temperatura, svetloba, čistoča, mir in prehrana. Socialno okolje razlaga kot okolje v katerem človek živi.(7) To ni samo domače okolje, ampak tudi širše družbeno okolje. Poudarja, da je psihično okolje ravno tako pomemben element in da je potrebno pacientu omogočiti prijetno okolje in aktivnosti, ki bi ga razvedrile.

Človeka vidi v povezavi z okoljem in vplivom okolja nanj. V uravnoteženem okolju ima človek moč, da ostane zdrav in moč, da premaga bolezen.(7)

Velik pomen pripisuje komuniciranju s pacientom. Poudarja, da si mora medicinska sestra za komuniciranje s pacientom vzeti dovolj časa, ne sme hiteti, posvetiti se mora samo njemu.(7)

Virginia Henderson (1897-1996)

Zdravstveno nego je definirala, kot pomoč zdravemu ali bolnemu posamezniku pri vseh aktivnostih, ki podpirajo zdravje ali ga vračajo, v primeru, ko to ni mogoče, pa vsaj zagotoviti mirno in dostojno smrt. Za te aktivnosti je potrebno zagotavljanje volje, moči in zdravja. Na tem področju je medicinska sestra strokovnjak in ima pravico pobude in nadzora.(7) Človeka razume kot celovito – integrirano osebnost, kot psiho-fizično in socialno celoto. Zato poudarja, da ga je potrebno obravnavati celostno in upoštevati vse njegove potrebe. Izhaja iz navedenih štirinajstih osnovnih potreb, v katerih se izraža človekova celovitost. Prvih devet potreb je fizioloških (dihanje, prehranjevanje, pitje, izločanje, gibanje, spanje in počitek, oblačenje in slačenje, vzdrževanje telesne temperature, vzdrževanje telesne čistoče in urejenosti ter izogibanje nevarnosti), deseta in štirinajsta potreba sta psihološki (komuniciranje in učenje), enajsta potreba odraža vidik morale in religije, dvanajsta in trinajsta potreba pa sta sociološko orientirani na delo (poklic) in razvedrilo.(7)

Dorothea Orem (1914)

Zdravstveno nego definira kot humanistično aktivnost, ki naj pomaga premagovati človekove omejitve v samostojni skrbi za lastno zdravje. Človek je zanj integrirana celota, z biološkimi in socialnimi funkcijami, ki deluje celovito in optimalno, kot psiho-fizično, socialno in duhovno bitje. Okolje pa je sestavina človeškega bitja, ki skupaj z njim tvori celoto, ki omogoča samostojno skrb zase.(7) Delovanja človeka so torej usmerjena v ravnovesje med potrebami in sposobnostmi samooskrbe, pa tudi v dobro počutje drugih, s katerimi je človek povezan oziroma živi in deluje.(7) Za doseganje tega ravnovesja človek deluje zavestno, motivirano in na podlagi svojih svobodnih odločitev, saj se je sposoben učiti, razvijati ter prilagajati spremenjenim situacijam.

Zdravstvena nega je zasnovana na strokovni presoji pacientovih potreb in na pomoči pri samostojnih opravilih v podporo zdravju.(7)

Ida Jean Orlando (1926)

ZN je interakcija s pacientom ob ugotavljanju njegovih potreb in načina sodelovanja, ki bo vodilo k ozdravljenju ali ohranitvi zdravja. Pacienta vidi kot človeški organizem z določenimi oblikami vedenja. Zdravje je duševno in telesno dobro počutje. Pacientove potrebe določajo aktivnosti ZN.(1)

Betty Neuman (1924)

Zdravstvena nega je specifična profesija, ki se ukvarja s celotno osebnostjo in s spremenljivkami, ki vplivajo na človekovo odzivanje na stresorje.(1) Medicinska sestra s svojimi aktivnostmi zmanjšuje prisotnost stresorjev, jih pomaga odpravljati, oziroma zmanjševati njihove škodljive posledice. Človek je fizično, duševno in socialno bitje.(1) Ohraniti ga je potrebno vedno kot celoto teh delov. Zdravstveno stanje je opredelila kot dobro počutje ali pa obolelost, kar določajo 4 spremenljivke: fizične, psihične, socialno kulturne in razvojne. Zdravje je relativno in podrejeno dinamičnim spremembam.(1) Človekova notranjost je zakrita realnost in resnični svet je odvisen od ljudi ter predmetov v določenem času in prostoru.(1)

Hildegard Peplau (1909-1999)

Zdravstveno nego definira kot praktično stroko, ki omogoča uporabo produktivne energije. Zanja je psiho-dinamična, poudarila je odnos med medicinsko sestro in pacientom, ter vloge, ki jih v medosebnem odnosu medicinska sestra prevzame. Aktivnosti v zdravstveni negi potekajo kot interpersonalni proces med medicinsko sestro in pacientom, ki vodi k določenim ciljem.(7)

Pacienta definira kot bitje z biokemičnimi, s fizičnimi in z duševnimi lastnostmi ter potrebami – poudarja duševne lastnosti. Bistvo njenega razmišljanja je, da je potrebno pacienta sprejeti kot enkratno celovito osebnost, ga sprejeti brez predsodkov, takšnega kot je in mu vedno znati prisluhniti. Poudarja psiho-biološke lastnosti človeka in izkušnje, ki jih vsak posameznik v življenju doživlja in so skupne vsem ljudem; potrebe, razočaranja, konflikti, nesoglasja, spori ter strahovi. Izkušnje, ki jih ljudje v življenju doživljajo in jih premagujejo, jim dajejo moč in energijo, da se sprostijo, zmanjšajo napetosti in ob tem osebnostno rastejo.(7)

Zaskrbljenost v zvezi z zdravjem je zanjo koristna, saj omogoča medsebojno sodelovanje in podpira aktivnosti v zvezi z zdravjem. Poudarja, kako pomembna je skupnost posameznih pomembnih ljudi, s katerimi pacient komunicira.

Njeno teoretično delo je prineslo revolucionarne spremembe, predvsem na področju psihiatrične zdravstvene nege. Ker pa je v njenem delu poudarek na medosebnem odnosu med medicinsko sestro in pacientom, ga lahko uspešno uporabljajo na vseh področjih zdravstvene nege.(7)

Marta Rogers (1914–1994)

Zdravstveno nego definira kot profesijo, katere žarišče je skrb za vzdrževanje in promocijo zdravja ter zdravstvene nege bolnih in invalidnih oseb; vključuje tudi rehabilitacijo.(1)

Aktivnosti zdravstvene nege omogočajo sinhrono interakcije med okoljem in ljudmi. Trdi, da je človek tridimenzionalno bitje, ki ga prepoznavamo na osnovi vidnih lastnosti in vedenja. Zdravje razlaga kot vrednoto, ki jo določa specifična kultura, pa tudi posamezniki. Na osnovi tega ocenjujemo tudi vedenje glede na njegovo primernost do posameznih vrednot. Okolje je večdimenzionalno energijsko polje, ki obdaja človeka v določenem času in prostoru.(1)

Caliste Roy (1939)

Definicija zdravstvene nege: zdravstvena nega je proces z vrsto analiz in aktivnosti, ki so povezane z nego bolnih in zdravstveno ogroženih oseb (7).

Pri razvijanju in oblikovanju svojega modela je Royeva na področje zdravstvene nege prinesla spoznanja iz drugih znanosti, predvsem spoznanja iz teorije adaptacije, humanističnih teorij in teorije sistemov (7). Razlaga, da je človek bio-psihično bitje, ki je v stalni interakciji s spremljajočim se okoljem. Funkcionira kot odprt, prilagodljiv sistem. Poudarja, da dokler lahko človek obdrži ravnovesje med psihičnimi, fizičnimi, socialnimi zahtevami in okoljem, obdrži svojo integriteto. To pomeni tudi sposobnost doseči cilje v smislu sposobnosti preživetja, rasti, reprodukcije ali obvladovanja življenjske situacije. Doda še principe in vrednote humanizma ter humanistični pogled na človeka.(7)

Zdravstvena nega je po razmišljanjih stroke praktična humanistična veda oziroma humanistična praksa. Humanistične vede proučujejo namen človekovih dejanj, izražanj, družbenih organiziranj ter praks. Praktične humanistične vede proučujejo družbene prakse in temeljijo na komunikacijskih povezavah, ki so predpogoj za sodelovanje v določeni praksi.(7) Humanistična teorija razlaga, da je človek kreativno, aktivno, enkratno in celovito bitje, sposoben sodelovanja z drugimi in sposoben najti smisel v svojem življenju.(7) Meni, da morajo medicinske sestre te principe humanistične teorije osebnosti upoštevati, kajti le tako postane zdravstvena nega humanistična zdravstvena nega.(7)

Premik iz tradicionalne v sodobno zdravstveno nego

Avtorice izbranih teoretičnih modelov, niso priznane samo v ožjih strokovnih okoljih, ampak po vsem svetu. Opravile so temeljno pionirsko delo, na različnih področjih zdravstvene nege. S svojim doprinosom, so pomembno vplivale na premik iz tradicionalne zdravstvene nege v sodobno. Vsebino delovanja zdravstvene nege narekujejo teoretični modeli in z njihovo pomočjo se loči bistvo zdravstvene nege od drugih strok.

Z razvojem zdravstvene nege se danes v praksi uporablja procesna metodo dela, katera je sestavljena iz štirih faz; ugotavljanje potreb po zdravstveni negi, načrtovanje, izvajanje ter vrednotenje zdravstvene nege.

Procesna metoda dela je sodobna metoda, ki narekuje način delovanja medicinske sestre v sodobni zdravstveni negi.

2 PROCESNA METODA DELA V ZDRAVSTVENI NEGI

Omogoča sistematično in organizirano zdravstveno nego in s tem preprečuje ali opušča ali nepotrebna ponavljanja aktivnosti, omogoča boljšo komunikacijo, usmerja medicinsko sestro na edinstvene, individualne odgovore človeka. Spodbuja sodelovanje pacienta, obenem pa omogoča izvajalcem osebno zadovoljstvo pri delu z doseganjem rezultatov dela.

2.1 Sestavni elementi posameznih faz procesa zdravstvene nege

I. faza procesa zdravstvene nege – ugotavljanje potreb po zdravstveni negi

I.fazo procesne metode postavi medicinska sestra z interakcijo (odnos) s posameznikom, člani družine ali s skupino.

Pomemben element **negovalna anamneza**, katera vsebuje zbir podatkov o pacientu, družini ali skupnosti, ki jih ob prvem stiku z njim zbere medicinska sestra.

Zaključek prve faze procesa zdravstvene nege so **negovalne diagnoze**. Negovalne diagnoze so zelo dober element za individualizacijo dela, ker obravnavajo pacienta ne le kot nosilca neke medicinske diagnoze, ampak tudi kot posameznika, s specifičnim doživljanjem dane situacije.

Negovalno diagnozo, je prva omenila R. Luise McManus leta 1950 in sicer kot pristojnost oziroma kot nalogo medicinske sestre. Strokovno poimenovanje pa je prva predstavila V.Fry, leta 1953.(8)

Definicija: Negovalna diagnoza predstavlja strokovno oceno reakcij posameznika, družine ali skupnosti na aktualne ali potencialne probleme zdravja ali življenjskih procesov. Negovalne diagnoze predstavljajo osnovo za izbor intervencij zdravstvene nege in za doseg pričakovanih ciljev zdravstvene nege, za katere je medicinska sestra odgovorna (povzeto po Stefan, Almer, 1999).(8)

Negovalne diagnoze so pomemben element zagotavljanja kakovosti v sodobni zdravstveni negi in so sestavni del procesa zdravstvene nege. Z njimi nastaja jasna prepoznava stroke in jasna razmejitev področja znanosti zdravstvene nege in drugih strok.(8) S sistematičnim ugotavljanjem reakcij posameznika, družine in skupine na zdravstvene probleme ali življenjske situacije ustvarjajo osnovo za njihovo individualno in celostno obravnavo.

Z diagnosticiranjem se razvija način poklicnega razmišljanja, ki izzove medicinsko sestro, da uporabi znanje iz bioloških, fizikalnih in humanističnih znanosti, predvsem pa lahko v celoti uporabi znanje s področja zdravstvene nege.(9)

Sestavni deli negovalne diagnoze:

- negovalni problem,
- vzrok problema,
- znaki in simptomi.(9)

Glede na negovalni problem jih razvrščamo v :

- aktualne negovalne diagnoze (obstoječe),
- potencialne negovalne diagnoze (grozeče),
- možne ali prikrite, verjetne in kolaborativne.(9)

Primer negovalne diagnoze v praksi zdravstvene nege – strah zaradi sprejema v bolnišnico, ki se kaže z nemirom, nervozno ter z naraščanjem verbalnega izražanja strahu ter z jokom.

Kadar je otrok sprejet v bolnišnico, se je potrebno zavedati, kako je nemočen in ranljiv, ter da nima nobene možnosti nadzora in moči. V odrasli dobi se marsikdo ne spominja dogajanj v obdobju, ko je bil še dojenček, vendar izkušnja bolezni, bolnice in zdravstvenega osebja ostaja nekje v spominu, še posebej če je neugodna ali celo boleča za otroka.(10) Reakcija otroka na bolezen je odvisna predvsem od njegove starosti in narave bolezni. Če je otrok še majhen in ne zna govoriti, lahko svoje občutke in stanje nemoči izraža le z jokom. Otrok doživlja občutke tesnobe, saj se sooča z resnimi strahovi, je zelo nebogljen.(11) Na njegovo počutje vpliva ravno tako skrb staršev in drugih članov družine. Dlje kot je otrok zaradi resnosti bolezni v bolnišnici, dlje bo moten običajen ritem družine. Sedaj mnoge bolnišnice skrbijo za čustveno blagostanje otrok in staršem dovolijo ostati z otrokom, saj ga le-ti lahko potolažijo.(11) Upoštevati je potrebno tudi dejstvo, da otroci ne morejo povedati, kdaj bi bili radi sami, niti nimajo sposobnosti, da bi se lahko umaknili pred morebitnimi neprijetnimi dražljaji. Pozornost medicinske sestre mora biti usmerjena na morebitne nebesedne znake, ki nakazujejo neugodje. Razbiranje pomena različnih reakcij je približevanje otrokovim željam. Temelj skrbi za bolnega otroka je: z njim čutiti, vendar ne biti z njim žalostni.(12)

V okviru skupnih aktivnosti na oddelku je potrebno poiskati za vsakega otroka individualno obarvane različice, kar zahteva veliko ustvarjalnosti.

Pomembno v življenju vsakega otroka je, da nam zaupa in da se počuti varnega v objemu staršev ali v oskrbi zdravstvenega osebja. Ko je otroka strah in se nečesa boji, je najboljšo zdravilo nešteto objemov in vzpodbudnih besed, ki bodo pomagale, da se počuti varnega in zaščitene pred vsemi »bav bavi«. Vsak otrok ima tako kot odrasel osnovne potrebe po hrani, spanju, čistem in toplem domu in ne samo telo, tudi duša potrebuje »topel dom«. Slednjega se morajo medicinske sestre/zdravstveni tehniki še kako zavedati.(12) Naklonjenost, božanje in objemanje, nagovarjanje in duševno priznanje staršev posreduje otroku življenjsko pomemben občutek zaupanja.(10) Omogočiti je potrebno, da otroka ne ločimo od staršev, saj ti z veliko ljubezni in domišljije pripomorejo k boljšemu počutju otroka v bolnišnici ter vplivajo k hitrejši ozdravitvi. Otrok je ob sprejemu v bolnišnici iztrgan iz domačega okolja, bolnišnica mu je tuja in je ne pozna. Že poslikani prostori na pediatričnih oddelkih in igračke omilijo ta strah, saj otroka to pritegne in ga zamoti. V prijetno opremljenih prostorih se tudi prijetneje počuti, saj ga morda prostor delno spominja na vrtec, otroško posvetovalnico ali na otroškega dispanzerja, torej na stvari, ki ga spremljajo v njegovem vsakdanu.

II. faza – načrtovanje zdravstvene nege

Načrtovanje zdravstvene nege, pomeni izdelavo podrobnega načrta za reševanje negovalnih problemov pacienta.

Vključuje:

- določitev prioritete reševanja negovalnega problema,
- definiranje ciljev ter
- načrt negovalnih intervencij.

III. faza – izvajanje zdravstvene nege

Vključuje:

- Validacijo (overitev plana, oziroma preverjanje točnosti zaključkov),
- analizo pogojev za izvajanje ter
- realizacijo ob sprotne vrednotenju.

V tej fazi gre za izvajanje intervencij z namenom doseganja ciljev.

IV. faza procesa zdravstvene nege – evalvacija zdravstvene nege

Delo se vrednoti v vseh fazah procesa zdravstvene nege in v 4. fazi pride do končne evalvacije, brez katere bi bil proces zdravstvene nege nepopoln.

Vključuje:

- Primerjanje stanja pacienta s cilji, ki so bili načrtovani,
- ugotavljanje vzroka, v kolikor cilj ni bil dosežen,
- vrednotenje vseh posegov in postopkov ter
- z dokumentiranjem se zaključi proces zdravstvene nege.

3 POMEN VREDNOT KOT SO ETIKA, MORALA, DEONTOLOGIJA IN HUMANOST

3.1 Opredelitev in razmejitev pojmov

Etika

Sama beseda izhaja iz grške besede ethos, kar pomeni značaj in dostojanstvo. Etika pomeni jasnost, poštenost, odgovornost ali prevzemanje stališč za ali proti določenim javnim razpravam. Je filozofska panoga ali disciplina, ki se ukvarja s poučevanjem in oblikovanjem medčloveških odnosov, teorija o bistvenih odnosih do sebe, do sočloveka in do skupnosti ter o ustreznih vrednostnih vsebinah. Vrednota kot je npr. smisel človeškega življenja, je del etike in etika je del našega strokovnega življenja.(13)

Morala

Je skupek naravnane in določenega človekovega ravnanja, skupek nenapisanih pravil, po katerih se ravna skupnost.(16) Morala je vedno oblika ali izraz svobode človeka in družbe.(14) V življenjskih situacijah je merilo o tem, kaj je lepo in prav in kaj je grdo ter kaj narobe. Morala je toliko bolj učinkovita, kolikor bolj jo posamezen človek osvoji in kolikor bolj je vgrajena v njegovo zavest.(14) Nemoralno obnašanje lahko najbolj sankcionira slaba vest, saj lahko človeka privede do obupa, do moralnega zloma in celo do samomora.(14)

Morala je bila in je še različna v raznih obdobjih, raznih družbah, kulturnih krogih in družbenih ureditvah. Razlikujejo se morale gospodarjev, morale sužnjev, prostitutk ali zapornikov in če te morale med seboj primerjamo, opazimo, da so zelo različne. To naj bi pomenilo, da nekih absolutnih moralnih načel, ki bi veljala v vseh časih, za vsakršni družbeni red in za vse ljudi, sploh ni. Človek sam čuti, da brez moralnih norm ne more obstajati, da ga nemoralna dejanja razčlovečijo.(14)

Najpomembnejše vrste etike

Normativna ali predpisana etika predstavlja obveznosti, dolžnosti ljudi in rešuje etične probleme. Predstavlja norme in predpise, po katerih naj bi se ljudje vedli in živeli.(13)

Deskriptivna etika ali opisna etika opisuje fenomen moralnih prepričanj, ravnanj in vedenja. Poudarek je na opazovanju dejanskega vedenja.(13)

Metaetika vsebuje koncepte, ki jih zdravstveni delavec neposredno uporablja pri svojem delu.: zbiranje informacij s ciljem za zaščito, podporo in izobraževanje pacienta.(15)

Etika zavzema izredno pomembno področje v zdravstveni negi, tako v izobraževanju kot v praksi. Za izhodišče je vedno potrebno vzeti načela dobro, pravilno in koristno. Sama pomoč predstavlja etično vrednoto, ki se izrazi skozi medsebojni odnos med medicinsko sestro in pacientom. Praksa zdravstvene nege je neposredno izvajanje dobrega za drugega človeka. Za zagotavljanje tega, bi morali etiko vključiti v vse postopke zdravstvene nege.(15)

Etiko v zdravstveni negi zaznamujeta predvsem dve pomembni teoriji o etiki – deontologija (nauk o dolžnostih in etika skrbi kot novejša teorija. Iz deontološke teorije izhajajo načela dobrotelčnosti, neškodovanja, avtonomije in pravičnosti, iz teorije etika skrbi pa koncepti empatija, pozornost, pristojnost in odgovornost. Etičen odnos do pacienta je tisti, ki je v vsakem primeru pravilen, koristen, dober in nima škodljivih posledic. Etično delovanje zadeva obravnavo pacienta v kontekstu njegove celovitosti na bio-psiho-socialnem področju.(13).

Deontologija

Je nauk o človekovih dolžnostih v različnih življenjskih situacijah. Smisel dolžnosti sestoji iz zavestnega spoštovanja in izvrševanja obveznosti posameznika do drugega človeka. Nanaša se na posamezne poklice.(13)

Najpomembnejši deontolog in zagovornik tega etičnega sistema je bil Immanuel Kant (1724-1804). Trdil je, da obstajajo etične utemeljitve, ki veljajo za pravilne in jih človek lahko uporablja kot izhodišča za svoje razmišljanje in ravnanje (13). Svojo izvirno misel o dolžnosti delovanja, je Kant izrazil v brezpogojni zapovedi: »Deluj glede na pravilo, za katero istočasno želiš, da postane splošni zakon.« (povzeto po Burkhardt, Nathaniel, 1998). Drugo Kentovo pravilo je izraženo v praktični zapovedi: »Deluj tako, da obravnavaš človečnost, tako v sebi kot pri drugem, vedno kot cilj in nikoli kot sredstvo.« (Burkhart, Nathaniel, 1998). Za Kanta ni moralni problem, kako biti srečen, ampak kako biti vreden sreče (povzeto po Jameton, 1984). (13)

Kentova etika ne dopušča nobene izjeme in je rigidna, obenem pa načelna. Nanaša se na način delovanja, ki mora biti v vseh podobnih situacijah enak, torej neoseben in oddaljen od potreb posameznika. (13) Pravila, ki so izpeljana iz deontološkega pristopa, zadovoljujejo neke višje cilje. Kljub temu deontologija zadovoljuje zahteve splošnega etičnega razmišljanja v zdravstvu.

S tem pristopom izražamo, kako morajo medicinske sestre kot pripadnice stroke delovati na splošno: spoštovati načela dobrega, ne škodovati, spoštovati avtonomijo in dostojanstvo posameznika ter upoštevati pravičnost pri vseh pacientih enako. Določeni deontološki kodeks se oblikuje povsod tam, kjer obstaja potreba določanja moralnih obveznosti.(13)

Danes ločimo v zdravstvu tri sfere odgovornosti, ki izhajajo iz načel etike, morale in deontologije;

Načelo dobronamernosti poudarja, da mora imeti vsako ravnanje, dejanje, za drugega dober namen. Dobro je izraženo s potrebo drugega. Potrebe pacienta so tiste, ki vodijo izvajalce v zdravstvu in v zdravstveni negi. (13)

Načelo neškodovanja je neposredno povezano z odločanjem za pacienta in s praktičnem izvajanju zdravstvene nege. Zdravstvene delavce usmerja v vestno in pravilno delo, ki izključuje tiste dejavnike, ki bi pacientu povzročili kakšne neugodne posledice.(13)

Načelo avtonomnosti poudarja pacientovo pravico, da v zdravstvenih okoliščinah sam odloča o sebi in soglaša ali odklanja predlagane postopke in posege. Možnost odločanja oz. sodelovanja je za pacienta izrednega pomena, ker ohranja osebno integriteto in pozitivno vpliva na njegovo samopodobo.(13)

3.2 Odsev etike skrbi v zdravstveni negi

Etika skrbi, je za zdravstveno nego najbolj pomembna etična teorija, ker okvirno etično opredeljuje odnos, ki predstavlja osnovo medsebojnega odnosa med medicinsko sestro in pacientom.(15)

Skrb

Etiko v zdravstveni negi pomembno zaznamuje profesionalna vloga medicinskih sester – skrb za pacienta. Skrb pa ne more biti neosebna in načelna, saj zahteva povezovanje s pacientom, razumevanje njegovih potreb in doživljanj ter individualno ukrepanje.(16) Lahko bi rekli, da je skrb kot rdeča nit delovanja medicinskih sester, pomeni humanistični vrednostni sistem, ki je sposoben zaznavanja človeka kot celostnega bitja ter njegovih potreb. Združuje zadovoljevanje telesnih, duševnih, čustvenih, duhovnih in družbenih potreb pacienta.(17) V osnovnem praktičnem izražanju predstavlja skrb za pacienta poleg izvajanja dobre telesne nege še aktivno poslušanje, pogovarjanje, poznavanje pacienta kot posameznika, spoštovanje, dotikanje, spodbujanje, tolaženje, informiranje za samostojno odločanje, zaznavanje potreb, ugotavljanje, da pacient sam sebe najboljše pozna, zagovarjanje in njegove koristi, podporo pri informiranem odločanju, pospeševanje avtonomnosti pacienta, vzpostavljanje in ohranjanje občutka varnosti, udobja in občutkov lastne vrednosti ter še neštete druge (povzeto po Šmitek, 2001).(15)

V zdravstveni negi pomeni biti navzoč ob sočloveku, zaznati, da potrebuje pomoč, ga negovati, tolažiti, zagovarjati in skrbeti zanj v najširšem pomenu besede. Skušati je potrebno zadovoljevati njegove telesne, duhovne, psihične in socialne potrebe. Skrb dejansko predstavlja sistem vrednot, kot so humanost in človečnost (17).

Prejemanje in nudenje pomoči je potreba obeh, torej prejemnika in dajalca, je dokazovanje, da smo ljudje (cit. Klemenc, 2003).(17)

Etične sestavine skrbi

Pozornost (18) je z drugimi besedami tudi usmeritev v zaznavanje potreb drugih in priznavanje njihovih potreb. Pozornost vključuje tudi razumevanje pacienta – z empatičnim pristopom se pacientu približamo in vzpostavimo zaupanje, ki je še kako potrebno za razvoj dobrega medsebojnega odnosa. Za pacienta je pomembno, da ga nekdo razume, da »čuti« z njim. Čustva so del človekove zasebnosti, ki jo je pripravljen razkrivati le v intimnejših povezavah z drugimi in ob zaupanju, da ga bodo drugi razumeli. Noddings (cit. Po Sterba, 1998) poudarja potrebo po tem, da znamo biti »občutljivi« za potrebe drugih in v trenutku, ko želi nekdo skrbeti za drugega, ne more biti preobremenjen sam s sabo in s svojimi problemi.(18)

Medicinske sestre naj bi imele razvit notranji čut, ki bi jim omogočal zaznati, kdaj nekdo potrebuje pozornost in koliko.

Zaupanje (15) je proces, ki se začne z informiranjem in zaznavo informacij na strani pacienta, o možnih koristih in o morebitnih tveganjih v medsebojnem odnosu (Johns 1996). Če pacient zazna prednosti povezovanja in zaupa medicinski sestra, bo to v obojestransko korist in se bo proces ponavljal, dokler bo potreben.

Odgovornost (15) je neločljivo povezana z moralo. Ločimo moralno in pogodbeno odgovornost. Pri učenju morale posameznik povzame stališča, kdo je, s kom se povezuje in kaj je zanj pomembno ter da za to tudi skrbi. Torej lahko sprejema ali odklanja odgovornost za stvari, ki so pomembne v skrbi za drugega človeka. Moralna odgovornost je individualna, ni je možno določiti z načeli ali predpisati v obliki dolžnosti; možno jo je le privzgojiti ali sprožiti v posamezniku.

Pogodbena odgovornost obstaja med ustanovo in medicinsko sestro, kjer se zaveže da bo skrbela za pacienta. Odgovornost za pacienta kot sestavina skrbi mora postati samoiniciativna kakovost posamezne medicinske sestre.

Kompetentnost (15) je v zdravstveni negi osnovana na razdelitvi del in nalog med posameznimi zdravstvenimi delavci. Na etični ravni pa bi morala biti enaka pri vseh vključenih v medsebojni odnos s pacientom. Kompetentnost kot element etike skrbi ni omejena le na neposredno izvajanje prakse zdravstvene nege, ampak se dotika tudi odnosa medicinske sestre do same sebe, njene osebne in profesionalne rasti, njenega odnosa do sodelavcev, stroke in družbe (cit. Vrbovšek, 2003).(22)

Odzivnost (15) ne predstavlja le ugotavljanja odziva pacienta na izvajanje zdravstvene nege, ampak posega tudi na etično področje in pomeni tudi zaznavanje možnega neetičnega ravnanja s pacientom. To se odraža v moralno etični vlogi medicinske sestre kot zagovornice pacienta.

3.3 Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije

Strokovni javnosti zdravstvene nege je bil sprejet leta 1994. Izraža stališča, prepričanja in vrednote, ki se nanašajo na splošna načela v zdravstvu, človekove pravice in specifične profesionalne vrednote (Grbec, 2002).

Skupščina zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije je na svoji 16. skupščini 17. 02. 2005 sprejela dopolnjeni kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije.(18)

Vsebina kodeksa je razdeljena na štiri temeljna področja (18):

- odnos do pacienta opredeljuje prvih šest temeljnih načel,
- odnos do sodelavcev opredeljuje sedmo načelo,
- odnos do družbe je opredeljen v osmem načelu in
- odnos do lastne stroke, ki ga opredeljuje deveto načelo.

Zgoraj navedena področja so zajeta v devet temeljnih načel. Vsako etično načelo razčlenjujejo in pojasnjujejo standardi ravnanja. V celotni vsebini so izražena stališča, prepričanja in vrednote, ki opredeljujejo strokovno filozofijo zdravstvene nege.

Te se nanašajo na (20):

- specifične profesionalne vrednote, kot so; individualna zdravstvena nega, celostna obravnava pacienta, zasebnost, dostojanstvo, zdravje, sočutnost in edukacija,
- splošna načela etike v zdravstvu; dobronamernost, spoštovanje življenja, zaveza k molčečnosti, pravičnost ter zdravje,

- človekove pravice, kot so; avtonomija, enakost, dostojanstvo, zdravje, sočutnost ter informirano soglasje.

Temeljna naloga medicinskih sester je krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, obnavljanje zdravja ter lajšanje trpljenja. Z zdravstveno nego so neločljivo povezane človekove pravice, posebej pravica do življenja in spoštovanja človekovega dostojanstva. (ICN, Kodeks etike 2000).(21)

Delo medicinske sestre močno vpliva na zdravje in življenje ljudi. S tem prevzema veliko odgovornost, ki je ni mogoče opredeliti samo z zakoni in s predpisi, pomembno je etično razmišljanje in delovanje posameznika, kar izhaja iz njegovih moralnih vrednot.(20)

Kodeks etike ima namen pomagati medicinski sestri pri oblikovanju etičnih vrednot in je vodilo ter spodbuda pri delu v praksi zdravstvene nege.(21)

Kodeks je namenjen vsem medicinskim sestram in njihovim sodelavcem v negovalnem timu. Je podlaga za etično presojo njihovega dela.(21)

Spoštovanje in razvijanje humanih vrednot poklica, omogoča medicinski sestri osebno rast ter zadovoljstvo pri delu. (citat iz kodeksa mednarodnega sveta medicinskih sester).(20)

V delu medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, je potrebno, da so prisotni dobrota, sočutje in zavest, da opravljajo izredno humano delo. Dopolnjevati jih mora nesebična ljubezen do svojega poklica in do pacienta.(21)

Med izobraževanjem se oblikujejo profesionalne vrednote, ki jih posameznik vgradi v svoj vrednotni sistem in se po njem ravna.

Z razvojem medicinske znanosti in visoke tehnologije, se tudi v zdravstvo vključujejo vse številnejši timi strokovnjakov. Vse bolj se vsiljuje industrijski način dela, za katerega je značilna usmerjenost k nalogam. V teh institucijah se lahko zgodi, da zbledi osebnost človeka in da se zmanjšajo njegove pravice, vrednote pa izgubljajo svoj pomen.(21)

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije ter medicinska deontologija določata sklop norm, vrednost mnenj, stališč, prepričanj o tem, kaj naj bi medicinske sestre bile oziroma, kaj se od njih pričakuje.(21) V tem konceptu ni le mišljeno, kako naj se vedejo na delovnem mestu in kakšen naj bo njihov odnos do pacientov, temveč naj bi to bil del njih samih, del njihove osebnosti. Za samo delo medicinske sestre je potrebno znanje, modrost, pogum, hrabrost, srčnost, dobronamernost ter humanost. Njeno delo temelji na visoki srčni kulturi. Vrline, ki so pomemben sestavni del etike, naj bi postale sestavni del identitete medicinske sestre.

Zdravstvena nega je edinstvena praksa v etiki zaradi medsebojnega odnosa, saj je vsa prepletena z etiko; v razmišljanju, delovanju, odločanju in medosebnem povezovanju (15). Medsebojni odnos mora vsebovati vse etične vrline, saj je že zaznamovan s skrbjo, prične pa se z ugotavljanjem ranljivosti in odvisnosti pacienta ter vključuje čustva in empatijo.(15) Najpomembnejši etični vidik naj bi bil izražen s skrbjo za posameznika. To pomeni sprejemati pacienta, kakršen je, zaznavati in sprejemati situacije in potrebe v njegovi luči in mu brez obsojanja, presojanja ali lastnega interpretiranja stanja pomagati, da ohrani svojo celovitost in dostojanstvo.(15)

Človek v stiski potrebuje pristen, prijateljski in razumevajoč odnos, ki ga je vaje v intimnem, družinskem okolju, da ohrani svoje dostojanstvo in da se izogne občutku odvisnosti in podrejenosti, manjvrednosti in obrobnosti. Medicinske sestre v medsebojni odnos vključujejo empatijo, da lahko refleksivno zaznavajo pacientovo občutenje situacije.

Načelo empatije

Čutiti z nekom drugim pomeni skrbeti zanj, pomeni vživeti se v človeka, ki trpi zaradi bolečin, nevarnosti ali pomanjkanja ter deliti z njim njegovo stisko, ob kateri ljudje začutimo potrebo, da pomagamo. Govorimo o čustveni inteligenci, ki pomeni splošno čustveno razgledanost, kar omogoča zadovoljujoče sobivanje in vzajemno sodelovanje.(23) Pomembna sestavina čustvene inteligence je empatija. Ta nam pomaga tudi pri pravilni presoji čustev (npr. jeze, otožnosti) drugih, pomaga nam razumeti bolečino drugih zaradi njihove osebne prizadetosti. Empatija sloni na razumevanju sebe.(24) Čim bolj smo odkriti do svojih čustev, tem bolj jih znamo razbrati. V zdravstveni negi se pojem empatije pojavlja v petih oblikah; kot človeška značilnost, kot profesionalno stališče, kot komunikacijski proces, kot skrb in kot poseben način povezovanja s pacienti (povzeto po Kunyk, Olson, 2001).(23)

Ljudje, ki ničesar ne vedo o svojem čustvovanju, so popolnoma zgubljeni, ko morajo ugotoviti, kaj čutijo ljudje v njihovi bližini (cit. Berne, 2000). Takšni ljudje nimajo posluha za čustvovanje. Melodije, ki s čustvi valovijo v besedah in dejanjih ljudi – ton v glasu, ki ima sporočilno moč ali sprememba v drži telesa, zgovorna tišina ali trepetanje so za njih neopazni. (cit. Berne, 2000).(24)

Nesposobnost dojemanja čustev drugih je ena najhujših človeških slabosti in obenem pomanjkljivosti, ki ima tragične posledice za vse, kar je v človeku človeškega. Čustva redko izražamo z besedami. Osnovna zaznavanja čustva drugih, je razumevanje nebesednega sporočanja, ton v glasu, kretnje, mimika in podobno. To so nebesedna sredstva za izražanje čustev. Takšna sporočila – tesnoba, izražena z barvo glasu ali razdraženost, izražena s sunkovito, hitro kretnjo – skoraj vedno dojemamo podzavestno, brez posebne pozornosti na narave sporočila. V zdravstveni negi postaja vse bolj priljubljena Rogersova teorija empatije. Ta temelji predvsem na svetovanju in je usmerjena k pacientu. Medicinske sestre, ki delajo na tak način, so nedirektivne, ne podajajo sodb, izžarevajo pa toplino, empatijo in osebni odnos do pacienta.(24)

Medicinska sestra v paliativni oskrbi mora imeti posebne prilagoditvene sposobnosti, biti morajo človekoljubne in sposobne usmiljenja, zlasti v dojemanju drugačnosti.(25) Usmiljenje kot tako je zelo pomembno v blažilni oskrbi, vendar lahko zaradi empatije privede do prevelikega sočutja. Stalen kontakt s trpljenjem lahko preplavi ali celo paralizira sočutnega zdravstvenega delavca. Zdravstveni delavci v vlogi spremljevalcev umirajočih pacientov mnogo krat doživljajo stresne situacije, zato potrebujejo etična navodila in profesionalno usposobljenost, da lahko nudijo pravo blažilno oskrbo in humano podporo pacientu.(25)

Načelo humanosti

V praksi si medicinska sestra mnogokrat zastavi vprašanje: »Ali sem ravnala humano?« V besedi human se prepletajo mnoge etične in moralne vrednote, katere sleherni človek oblikuje in razvija na svoji poti skozi življenje.

Humanistična teorija – nastajanje osebnosti po Rogersu; človekova narava je edinstvena in posebna, človek je po naravi dober, kreativen in nagnjen k samopotrjevanju. Odgovoren je za lastno usodo in funkcionira popolnoma integrirano kot celota.(26) Živo in globoko začne doživljati sebe in tako vse bolj postaja to, kar je, postane oseba, ki živi, diha, čuti ter se spreminja. Sposoben je prenesti negotovost in težke, nepredvidljive okoliščine. Človek postane edinstvena osebnost, odgovorna za svoja dejanja in za samega sebe.(26) Vse je odvisno od lastnih odločitev za katere je sam odgovoren in s tem vzpodbuja osebnostno rast. Dejstvo je, da lahko koncept osebne rasti konkretno pripomore k boljši delovni uspešnosti.

Človek ima poleg potrebe po preživetju prirojene še druge, enako močne psihološke potrebe, kot so; potreba po pripadnosti, svobodi, ljubezni, po moči, veljavi, samospoštovanju, igrivosti in zabavi (cit. povzeto po Glasser1994).(26)

V tujih in lastnih očeh se človek uveljavlja prav z delom in šele v odnosu z drugimi doživlja samega sebe kot vrednega. Le ljudje z občutkom lastne vrednosti, lahko svoje delo kakovostno opravljajo (cit.Verbič, 2007). Strokovna znanja si pridobimo, za delo z ljudmi pa to ni dovolj. Medicinska sestra poleg znanja potrebuje tudi osebnostne kvalitete.(26)

Medicinska sestra lahko za pacienta naredi največ šele takrat, ko je sama zrela in zdrava osebnost, ki je kot posameznik srečna, zadovoljna in uspešna. S humanim pristopom in z razumevanjem pridobi pacient največ.

Za ljudi, ki potrebujejo našo pomoč, je enako pomembna človeška toplina kot profesionalno opravljene storitve. Načelno in v dejanjih mora imeti človek odprto srce in roke za slehernega, ki je v stiski. Izvirna človekova duhovna zmožnost je, da se z namenom in dejanjem posvetimo smiselni nalogi ki pa ni isto, kot on sam in njegove telesne, duševne in socialne potrebe.

Kdor se tako prepusti prizadevanjem za drugega in za nekaj, preseže samega sebe in tako najde pot iz mreže svojih lastnih telesnih in duševnih težav. Namen človeškega življenja je, da živi za nekoga drugega ali za nekaj.(21)

Humanost pomeni vedno pokazati sočutje in pomoč, kajti človek je tudi trpeče bitje, ki je deležen krivde, trpljenja in smrti.(21)

Če želimo pomagati, se moramo zavedati smisla naše pomoči v vsakršni okoliščini. Pri tem moramo razumeti, da je to humanost, odnos do človeka in da moramo s tem sprejeti vse posledice. Humani medčloveški odnosi pogosto zahtevajo žrtvovanje, zlasti ob večjih težavah bližnjih – ob boleznih, nesrečah. Ob tem ko se žrtvujemo, moramo imeti v mislih le smisel, ne pa sebe in svojega napora. To je zdravo žrtvovanje, ki pomeni duhovno zdravje.

4 POMEN PRIMARNE, SEKUNDARNE TER TERCIARNE SOCIALIZACIJE

Človek je bio-socialno bitje. Že stoletja so človeka preučevali filozofi, teologi, humanisti, družboslovci in zdravniki. S spreminjanjem in z razvojem umetnosti in humanizma, se je spreminjal tudi pogled na človeka ter razumevanje le-tega.(27) Individualno doživljanje posameznika, tako pacienta kot partnerja ali sodelavca, ki vodi v poglobljene partnerske odnose, je sposobnost, ki se je učimo skozi vse življenje. Vsakdo ima drugačno doživljanje svojega telesa, duhovnega sveta in socialnih dogajanj. Temelj razvoja sleherne osebnosti, je socializacija, tako primarna, sekundarna, kot terciarna socializacija.

Socializacija poteka večinoma v otroštvu, vendar se nadaljuje vse življenje, v katerem se učimo obnašanja in stališč, ki jih ocenjujemo kot normalna in primerna (povzeto po Moore, 1993).(27)

Kako bo posameznik ravnal v določenem trenutku, je skupek njegovih notranjih stališč, sposobnosti doživljanja, del njegove identitete.(27) Razvoj osebne identitete oziroma osebnih pojmovanj, stališč, doživljanj se prične zelo zgodaj v družini. (v nadaljevanju primarna socializacija)

4.1 Primarna socializacija

Družina (27) je temeljna celica družbe, je bio-socialna skupina staršev in otrok, celota medsebojnih odnosov, ki bi naj temeljili na ljubezni, spoštovanju, tovarštvu in zaupanju. Otroci se identificirajo s starši, jih posnemajo in ravnajo kakor jim ukažejo le-ti. Ker je družina prvi socializacijski dejavnik, je pogosto najpomembnejša v človekovem življenju. Vsak posameznik, zlasti otrok, potrebuje varno pribežališče. Življenje je v veliki meri določeno z odnosi v družini in s položajem družine v družbi, z načinom življenja, ki ga posamezna družina goji.

Primarna funkcija družine je fizična skrb (hranjenje, oblačenje, zavetje, zaščita), druga zelo pomembna funkcija je socializacija, tretja občutek pripadnosti ter četrta povezanost na osnovi naklonjenosti.(27)

Posameznik doživi v družini (27):

- prvo presojo moralnega ravnanja
- prve zahteve in ukrepe o pravilih medsebojnih odnosov
- prva spoznanja o delu in vrednotenju naporov
- vzorec vrednostne lestvice staršev, s katerimi se identificira
- prvine svetovnega nazora, kakor ga izražajo starši
- prva socialna čustva
- prva spoznanja o naravi in okolju ter vrednotenje okolja
- prvine v razvoju pojmov in sloga mišljenja in govora
- temeljne navade in spretnosti, ki jih potrebuje za obvladovanja okolja
- prve presoje družbe, šole, soseščine, sodelavcev.

Skupina in širša skupnost

Socialne norme skupin in širše skupnosti so pomemben dejavnik človekovega razvoja. Družina začne vcepljati družbene vrednote svojim otrokom. Skupnost pa je tisto okolje, v katerem so vse te vrednote in prepričanja preizkušeni.(27) Iz tega vidika lahko omenimo lekcije v življenju, ki se jih nauči otrok v vseh stopnjah razvoja. Kot dojenček se nauči zaupanja, otrok zaupa osebi, ki skrbi zanj. V okolju se otrok kasneje nauči avtonomije in člani skupnosti ter okolje (vrtec, družinski prijatelji, trgovine), lahko povečajo otrokov občutka samozavesti ali pa mu vcepijo občutek sramu in dvomov.(27)

Drugi pomemben vpliv na otrokov razvoj osebnosti je skupina vrstnikov. Za večino ljudi je zelo pomembno, da jih skupina sprejme. S tem bodo preoblikovali svoje obnašanje v smeri iskanja potrditev med vrstniki.(28)

4.2 Sekundarna socializacija

Sekundarna socializacija poteka v bolj formalnih situacijah, ki niso tako osebne kakor v primarni socializaciji.

Šola obiskujejo številni otroci, kjer se učijo določenih vrednot in znanj. Prav tako kot formaliziranega znanja se učijo tudi celote skritih vrednot in veščin, ki obstajajo v šoli in so nesporne. Učitelji sicer lahko z besedami vztrajajo pri enakosti in enakih možnostih za deklice in za dečke, v praksi pa vzpodbujajo učence moškega in ženskega spola, da se odločajo za različne predmete, sledijo različnim karieram.(28) Ta pojav imenujemo prikriti učni načrt in je zelo pomemben.

Množični mediji (28)

Iz izkušenj se nas večina uči o svetu iz časopisov, televizije ter ostalih množičnih medijev. Na stališča in vzorce obnašanja vplivajo posredovane informacije in tudi sami načini posredovanja, npr. na stališča o drugih državah, etničnih skupinah, spolu, primernem vedenju in političnih dogodkih.

Religija

Nekoč je bila najpomembnejši del socializacije, vendar njen vpliv zadnja leta upada.(28)

Kultura (28)

Je celota družbenega znanja, idej in navad, ki prehajajo iz ene generacije v drugo. Kultura ni nespremenljiva, ampak se v času spreminja. Ljudje si v okviru različnih družb oblikujejo različne subkulture. To so posebni sklopi vrednot, ki obstajajo znotraj glavnega toka kulture. So različni, vendar ne nasprotujejo glavni kulturi.

Kultura v kateri človek živi in dela, okolje, družina in okoliščine, oblikujejo posameznika mnogo bolj, kot se tega sam zaveda. V etiki ne more nihče mimo vrednot, ki se oblikujejo v vsakem človeku v obdobju odraščanja. Po teh vrednotah se odrasli ravnamo in prilagajamo.

Glavne sestavine kulture so:

- **Prepričanja**; to so splošna nejasna mnenja o svetu in značilnostih družbe.
- **Vrednote**; so ideje o tem, kaj je v svetu prav in kaj narobe. Izražajo določene oblike delovanja, ki ga je treba izvajati.
- **Norme**; so družbeno pričakovani vzorci vedenja, so jasna pravila, kako se morajo ljudje obnašati v posameznih situacijah.
- **Vloge**; so vzorci vedenja, ki so povezani s posebnimi položaji ali poklici v družbi.
- **Konflikt vlog**; v naših življenjih vsi igramo različne vloge. Te vloge so lahko vloga MS, vloga matere, prijatelja, učitelja in ostale. Težko je uskladiti vloge dobrega očeta in pisatelja, saj vsaka zase zahteva ves prosti čas.
- **Status**; v družbi so ljudje deležni različne stopnje ugleda. Nekaterim položajem pripada več ugleda kot drugim. Ocena, ki določa, kdaj je nek status ugleden, se spreminja glede na čas in družbo. Obstajata dve obliki statusa: pridobljen (je rezultat osebnih prizadevanj) in pripisan status (je rezultat položaja, v katerem se je oseba rodila).

4.3 Terciarna socializacija

Odvija se v instituciji za profesionalno izobraževanje, na področju zdravstvene nege, na praksi in kasneje tudi v pripravništvu. Dijak ali študent pridobiva znanje za poklic zdravstvenega tehnika ali medicinske sestre na vseh stopnjah izobrazbe in je vključen v aktiven proces praktičnega izvajanja zdravstvene nege.(29) Nosilec oziroma mentor je oseba, ki mora imeti veliko pedagoškega znanja, znanja sodobne zdravstvene nege, organizacijske sposobnosti in visoko razvite osebnostne lastnosti, kar je pogoj za profesionalno odličnost. Dijaki ali študenti se pogosto identificirajo z mentorjem, ki mora predstavljati pozitiven lik. Vloga mentorjev ni le posredovanje teoretičnega in praktičnega znanja, ampak tudi vzgajanje. Mentor mora dijaku ali študentu nuditi občutek varnosti, kar tudi sicer vpliva na uspešnost učenja. Na ta način se oblikuje njegova pozitivna samopodoba, kar vpliva na njegovo samozavest ter na odgovornost. Kar ga spremlja skozi načrtano življenjsko pot.(29)

Samopodoba na splošno pomeni posameznikov odnos do samega sebe. Ne nanaša se izključno na telesni videz, ampak na celovito doživljanje sebe in na delovanje v življenjskem toku, skozi različne življenjske vloge, tudi na delovanje v poklicni vlogi in na pričakovanja v zvezi s poklicem.(30)

Poklicna socializacija bodočih zdravstvenih delavcev je tudi osebnostni razvoj na osnovi spoznavanja z lastnostmi medicinske sestre, ki jih srečujejo v tem času. S pomočjo kritičnega soočanja s prakso zdravstvene nege in selekcije – »to je dobro, tudi jaz bom takšna« ali »jaz nikoli ne bom tako ravnala«, se pri mladih bodočih zdravstvenih delavcih deloma prenaša poklicna subkultura, deloma pa spreminja in prenavlja.(31)

5 POMEN VKLJUČEVANJA ETIKE V IZOBRAŽEVALNE PROGRAME V ZDRAVSTVENI NEGI

Živimo v času izrednega razvoja in napredka različnih znanosti, tehnike, tehnologije ter informacijske tehnologije (32). S tem imajo zdravstveni delavci čedalje večjo odgovornost do človeka. Naloge in odgovornosti medicinske sestre so prvenstveno etično moralnega in pravnega značaja. Etika pomeni znanstveno razglabljanje o zakonih in načelih moralnega ravnanja, znanost o dobrem in zlu in o njihovi družbeni vlogi (32).

Trendi v razvoju etike zdravstvene nege so po večji in poglobljeni humanizaciji dela, po večjem sodelovanju med zdravstvenimi delavci različnih profilov, sodelovanje s pacienti ter z njihovimi svojci.(32)

Ena od poglobljenejših teženj je tendenca po čim celovitejšem pogledu na človeka in posebej na pacienta, zato je ena od izredno pomembnih profesionalnih, etičnih dolžnosti izkoriščanje vseh študijskih in praktičnih možnosti, ki so medicinski sestri na razpolago za njen osebni, strokovni in osebnostno celovitejši razvoj. Razvijanje predmeta, vsebine in metod poučevanja etike zdravstvene nege, je odsev časa in razvojne stopnje izobraževanja ter profesionalizacije zdravstvene nege.(32) Dandanes je stroka z največjim številom izdelanih teorij za strokovno obdelavo pacientov. V teorijah zdravstvene nege, je izraženo bistvo pomoči posameznemu pacientu. Te teoretične pristope delimo v filozofije zdravstvene nege, sistemske teorije, razvojne, vedenjske, interakcijske teorije, teorije potreb in teorije pričakovanih izidov. Teorije zdravstvene nege, medicinske sestre usmerjajo, kako pri bolniku izvajati zdravstveno nego na boljši in strokoven način. Zavedati se je potrebno, da to ni le rutinsko izvajanje postopkov in posegov po naročilu zdravnika, ampak razmišljajoča dejavnost. Za profesionalno delovanje so potrebna široka povezana znanja s področja zdravstvene nege in številnih naravoslovnih, humanističnih in filozofskih ved.(32)

V praksi medicinske sestre ne zaznavajo dobro svoje etične vloge skozi teorijo, ki »jim ni pisana na kožo«, in že iz tega koncepta je v izobraževanje nujno potrebno vključiti etiko, ker bodo le v njej medicinske sestre najlažje našle svojo etično identiteto.

Za razumevanje pomena medsebojnega odnosa in pacienta samega so potrebna obsežna znanja s področja vedenjskih ved. Opredelitev zdravstvene nege kot etične discipline pa postavlja pred stroko nove zahteve po širokem vključevanju etike v izobraževalne programe. Potreba po tem izhaja že iz razhajanja, ki ga sprožijo različna teoretična izhodišča etičnega ravnanja in zaradi potreb pacientov po humani, individualni in res etični praksi. Znanje s področja etike in znanje iz humanističnih ved je enako pomembno kot znanje o izvajanju ZN. Potrebno bi bilo v vsak postopek zdravstvene nege vključiti etični vidik.(32)

5.1 Namen poučevanja etike medicinskih sester

- analiziranje etičnih problemov, konfliktov v praksi zdravstvene nege in v procesu zdravljenja,
- presojanje in sprejemanje odločitev medicinskih sester, ki temeljijo k boljšem informiranju in na kakovostnih informacijah

5.2 Cilji izobraževanja etike v zdravstveni negi

- raziskati osebno predanost profesiji in vrednote v odnosu do zdravstvene nege in do pacientov,
- vključiti že dijake in študente v refleksijo etičnih dejanj in ravnanj,
- razviti sposobnosti, spretnosti etičnega presojanja in etičnih dilem,
- razviti zmožnosti uporabiti etiko za refleksijo širših zadev v politiki za raziskovanje in izobraževanje.

Razvijanje, razumevanje vsebine etike, učenje in poučevanje etike ni lahko, ker ni idealnega pristopa in ne skupnih načel. Medicinske sestre zato pogosto uporabljajo instinkt, vest, občutke in izkušnjo pri odločanju. Torej bi morala vsaka medicinska sestra in zdravstveni delavec razviti sposobnost predstavljanja situacije, empatije in notranjega vpogleda. Znanje je potrebno dopolnjevati v času študija v teoretičnem pogledu in praktično v procesu zdravstvene nege.(32)

Potrebno bi bilo oblikovati poseben model etike, ki se mora prilagoditi stalnim potrebam in spremembam družbe. Le-te so po naravi dinamične (povzeto po Scott, 1996). Avtorica predlaga, da je potrebno poučevati tako, da so dijaki, študentje ali medicinske sestre bolj proaktivni pri analiziranju in razvijanju novih oblik zdravstvene nege v prihodnosti. Navaja, da mora izobraževalni program vključiti tudi kompetence zdravstvene nege in etično delovanje ter odgovornost.(32)

Zdravstveni delavci se ne morejo izogniti etični odgovornosti, ki izhaja iz deontologije. Načela o dobronamernosti, ne škodovanja, spoštovanja avtonomije in pravičnosti ter spoštovanj dostojanstva so temeljna etična načela, ki so medicinskim sestram vodila pri etičnem odločanju dolga desetletja. Čeprav se v določenem obsegu povezujejo bolj z odvisno in s soodvisno vlogo v zdravstveni negi, so še vedno pomembna za zagotavljanje etičnega odnosa do pacienta (32).

Etika sama daje tudi smisel poslanstva izobraževanja zdravstvene nege, zato ima širši humani in družbeni vpliv. Medicinska sestra svoje moralno obnašanje potrjuje tudi v družbenem in kulturnem vidiku.(32)

Za uspešno poučevanje etike zdravstvene nege je potrebno tesno sodelovanje med medicinskimi sestrami v praksi, predavatelji in medicinskimi sestrami raziskovalkami.

Etična aktivnost medicinske sestre je odvisna od zmožnosti, kako prepozna etične probleme. Potrebno je imeti veliko znanja, da lahko v določeni etični situaciji izvede ustrezno etično aktivnost, da s tem doseže dobre in prave izide za pacienta.(32)

V zdravstveni negi govorimo o liku medicinske sestre, ki jo prevzema težnja za dobrim, kar pomeni dobro iz lastnega nagiba in ne zaradi časti ali strahu. K temu sodijo dobri odnosi z najbližjimi, sosedski odnosi ter odnosi na delovnem mestu. Etični odnos se mora odražati povsod in medicinske sestre ne sme utesnjevati, postati mora del nje, jo osrečiti in s tem osrečiti druge.(33)

Etično odločanje je spretnost spoznati, določiti in ločiti pravilno od nepravilnega v situacijah, ki niso jasne (cit. Železnik 2003). V ta namen mora medicinska sestra poznati etične principe, etične teorije in imeti oblikovane svoje osebne vrednote.(33)

Poučevanje etike v dodiplomskem in podiplomskem študiju je sicer zahteva kurikuluma. To zahtevo se lahko izvrši na veliko načinov. Etika je predmet, pa tudi način bivanja, lahko se jo poučuje kot samostojen predmet, velikim skupinam študentov, ki si le slabo predstavljajo, kaj določena tema v okviru etike v praksi pomeni. Etika je več kot znanje! Najbolje se jo lahko poučuje z diskusijami in razmišljanjem. Vsebine izobraževanja o etiki ne morejo biti omejene na nekaj načel in teorij, ampak o tem, kako družba funkcionira, s koncepti moči in z njihovo uporabo, z vplivom terorizma in vojne, z vsemi vrstami diskriminacije, z uporabo in zlorabo toksičnih substanc in njihovim vplivom na družbo ter z mnogimi drugimi vidiki. Medicinske sestre se morajo take primere naučiti prepoznati, hitreje se jih lahko naučijo v diskusijah, kot pa če o njih berejo.(34) Zmožne morajo biti prepoznati neetično situacijo ali situacijo, v kateri je vprašljivo spoštovanje posameznikovih človekovih pravic. Etike ne bi smeli poučevati kot abstraktni predmet, temveč bi morala biti v okviru vsakega predmeta nenehno vključena, skozi celoten študij.(34)

Zanimiv je članek o raziskavi, ki je bil izveden v Splošni bolnišnici Izola in sicer na temo Upoštevanje etičnih načel Kodeksa zdravstvene nege v Splošni bolnišnici Izola. Potekala je na osnovi anonimnih vprašalnikov, v katere so bili zajeti pacienti, ki so se zdravili na kirurških in internih oddelkih. Na podlagi 100-ih vrnjenih vprašalnikov je raziskava pokazala, da je kršitev etičnih načel v praksi veliko. Med njimi je izstopalo načelo varovanja pacientovih podatkov. Tako so npr. temperaturni listi v času obiskov dostopni vsem, saj so na posteljah pacientov. Med drugim so pacienti grajali večinoma organizacijske nepravilnosti, ki so že v procesu sanacije. Avtorica navaja, da so najbolj žalostne graje, namenjene negovalnemu osebju (cit. Medoš T. 2004). Pacienti so navedli naslednje trditve, ki jih najbolj motijo: neusklajeno jutranje umivanje, ko na vprašanje ne dobiš odgovora, pomanjkanje časa medicinskih sester in neprijaznost le-teh.(35) Odnosi med zdravstvenim osebjem so po mnenju avtorice nekakšna kritična točka in trdi, da bo na področju etike, ki je skupaj s področjem zdravstvene nege izrednega pomena, potrebno narediti še veliko. Potreba po izobraževanju etičnih veščin je bila prisotna in na podlagi raziskave so odločili, da bodo v prihodnje poskrbeli med ostalim tudi za izobraževanje zaposlenih v zdravstveni negi in sicer s predavanji na temo Etična načela kodeksa zdravstvene nege.(35)

S tem problemom se srečujejo številne zdravstvene ustanove, vendar smo premalo pozorni na delovanje zdravstvenih delavcev iz tega področja.

6 FORMALNE IN NEFORMALNE OBLIKE IZOBRAŽEVANJA MEDICINSKIH SESTER

Zdravstvena nega je v sorazmerno kratkem zgodovinskem obdobju prerasla v novo nastajajočo znanstveno disciplino. Pri izvajanju svoje prakse uporablja široka teoretična znanja iz lastne stroke in znanja iz drugih znanstvenih ved. Samostojna vloga zdravstvene nege je zahtevala od medicinske sestre razvoj lastnega znanja.

Z razvojem smo prišli na sodobno zdravstveno nego, katera vsebuje naslednje elementi: filozofija stroke, izobraževanje in strokovno izpopolnjevanje v stroki, procesni metodološki pristop, teoretični modeli zdravstvene nege, negovalne diagnoze, negovalni standardi, negovalna dokumentacija, organizacija, vodenje, kadrovanje, strokovna terminologija, strokovna komunikacija, raziskovanje in zakonodaja (povzeto po Hajdinjak, 1999). Ob tem spisku se je potrebno zavedati, da brez znanja in stalnega učenja ni možno delovati.(36)

Od zdravstvenih delavcev ljudje pričakujejo izjemno visoke vrline. Pri tem vrlina predstavlja karakterno značilnost, notranjo držo posameznika s težnjo po popolnosti, visoko moralno držo, ki ima plemenite namene in je naravnana k pravičnemu ravnanju.

Učimo se vse življenje in to v različnih vlogah, lahko kot posamezniki, zaposleni, družinski člani, predstavniki širše družbene skupnosti. Motivi za učenje lahko izhajajo iz lastne notranje motivacije, čistega veselja do učenja in želje po spoznavanju novega. Lahko pa so motivi zunanji, neka zunanja nujnost nas ponovno vrne v izobraževanje. Ti zunanji dejavniki so delodajalci, družinski člani, različne skupnosti, v katerih živimo in ustvarjamo, saj vsi pričakujejo od nas znanje, usposobljenost in potrebne osebnostne lastnosti.

Vsaka zdravstvena institucija naj bi zagotavljala medicinskim sestram formalne in neformalne oblike izobraževanja. S pomočjo znanja namreč pridobijo večje samozaupanje, samospoštovanje, odgovornost in kritičnost. Medicinske sestre še vedno niso dovolj cenjene v družbi in niso še povsem priznane kot profesionalna skupina, ki povsem samostojno opravlja svojo dejavnost (37).

V prihodnjih letih bo razvoj informacijske dobe zahteval kontinuirano izobraževanje. Ravno tako spremembe v organizaciji sistema zdravstvenega varstva in nove tehnologije vplivajo na to, da medicinske sestre prevzamejo nove vloge. Zaradi teh sprememb se postavlja vprašanje, ali bodo ustrezno pripravljene za odločanje o kompleksnih zdravstvenih problemih in ali so pripravljene za nove bolj odgovorne vloge in zahteve. Izredno hitre spremembe že danes zahtevajo, da učenje postaja nekaj stalnega in permanentnega, kar traja vse življenje.(36)

Razvoj zdravstvene nege skozi oči ene generacije, je opaziti ogromne spremembe. Prihajalo je do hitrih in korenitih sprememb v teoriji in praksi zdravstvene nege. Zavedati se je potrebno, da brez znanja in stalnega učenja ni možno delovati. Razviti je potrebno lastno filozofijo stroke, ki mora nastati v lastnem socio-kulturnem okolju in je ni možno niti dopustno prenesti iz drugih okolij. Znanje dobijo in osvojijo dijaki in študenti strokovnih šol, kar pa ne zadostuje, je pa predpogoj za razvoj stroke zdravstvene nege. Avtorica sklepa, da bo zdravstvena nega igrala pomembno vlogo v varovanju in izboljševanju zdravja, toda le ob pogoju, da bo presegla tradicionalno »ob zdravniško« vlogo in dejavno posegla v prostor in trg zdravstvenih uslug.(36)

To prinaša številne neznanke od bolj enakopravnih odnosov med zdravniki in medicinskimi sestrami, spremenjene samopodobe medicinskih sester in partnerskih odnosov s pacienti. Za vse to pa je potrebno stalno dodatno izobraževanje, nova in nova znanja, spretnosti in stališča z zelo različnih interdisciplinarnih področij. Zdravstvena nega je osredotočena okrog »etike skrbi«, kar predstavlja alternativo prevladujočemu medicinskemu tehničnemu odnosu do pacientov (povzeto po Ule, 2003).(36)

Za izvajanje kakovostne zdravstvene nege in oskrbe potrebujejo medicinske sestre poleg znanja tudi vire, več časa za izvajanje zdravstvene nege, ustrezno izobrazbo in ustrezno kadrovsko strukturo, večjo avtonomijo in sodobno organizacijo zdravstvene nege. Naloga vseh izvajalcev je tudi zagotavljanje učinkovite zdravstvene nege, izvajajo pa jo lahko le tisti, ki imajo ustrezno znanje ter kompetenco.(39)

Ker medicinske sestre živijo v širokem družbenem prostoru, je potrebno njihovo izobraževanje obravnavati v tem kontekstu.(36)

Izobraževanje medicinskih sester je ključ za razvoj odličnosti v praksi zdravstvene nege. Izobraževanje je tisto, ki vpliva na moč ali na slabost poklica. Medicinska sestra mora s svojim strokovnim znanjem postati razmišljujoča partnerka zdravniku in nepogrešljiva strokovnjakinja v zdravstvenem timu.(39) Znanja različnih strokovnjakov se morajo dopolnjevati, njihova mnenja pa spoštovati, le tako bi timsko sodelovanje res zaživel. Poleg stroke, je izjemno pomembno izobraževanje za osebno rast, kar pač ima povratni vpliv na stroko, na primer izobraževanje na področju psiholoških tem, socioloških, pedagoških ter iz večšin komunikacije.(36)

Danes celotno izobraževanje medicinskih sester poteka na visokih šolah za zdravstvo ali na univerzah, kjer gre za visokostrokovni bodisi univerzitetni študij. Tako imamo Visoko šolo za zdravstveno nego in babištvo v Ljubljani, Visoko šolo za zdravstvo Izola, Visoko šolo za zdravstvo Nova Gorica ter Visoko šolo za zdravstvo Maribor. Vse šole so na univerzitetnem nivoju, le Visoka šola za zdravstvo Maribor je prva dosegla rang popolne fakultete. S tem je izobraževanje v zdravstveni negi doseglo strokovni vrh.

Medicinske sestre se srečujejo s problemi tudi tedaj, ko delodajalci niso prav naklonjeni in ne podpirajo tistih, ki želijo znanje nadgrajevati in karierno napredovati.(34) Ob pomanjkanju kadra je lahko to prava omejitev, ki so je deležne, v širšem kontekstu pa mora vlada ustvariti prijazen nacionalni sistem zdravstvenega varstva. Ti vidiki izobraževanja medicinskih sester so sami po sebi zaskrbljujoči in sprožajo vprašanja o etičnosti teh praks.(34)

Prof. dr. Martha Rogers je leta 1966 zapisala (39):

»Zgodba o zdravstveni negi je veličasten ep o pomoči človeštvu. Pripoveduje o ljudeh: kako se rodijo, živijo in umirajo; o zdravju in bolezni; o radosti in žalosti. Njeno poslanstvo je prenašanje znanja v pomoč človeku. Zdravstvena nega je sočutna skrb za ljudi. Je srce, ki razume in so roke, ki blažijo. Je razum, združuje mnogo naučenega v pomoč s polno vsebino. Za študente zdravstvene nege je prihodnost bogata zakladnica daljnosežnih možnosti – okrog tega planeta in proti nadaljnjim dosežkom človekovih odkrivanj novih svetov in novih idej. Njihovo poslanstvo je zadovoljevanje zdravstvenih potreb ljudi, ki jim je ta veda že dolgo posvečena.«

Z možnostjo stalnega strokovnega izpopolnjevanja, napredovanja in rasti dobijo medicinske sestre možnost za boljše delo, za boljše delovne razmere, boljši položaj in vrednotenje poklica. Stvari se v zdravstveni negi zelo spreminjajo, vedno več je zaposlenih medicinskih sester z univerzitetno izobrazbo, magistrstvom ter doktorjem znanosti. Ti kadri so danes nosilci raziskovanja in s tem napredka ter razvoja zdravstvene nege.(36)

Docentka Majda Pahor je lepo napisala, da je izobraževanje na Univerzitetnem nivoju izrednega pomena. Zanja je to »prtljaga«, ki jo medicinske sestre potrebujejo za svoja potovanja, po »pokrajinah skrbi«, kjer si prizadevajo za blaginjo pacientov.(40)

Medicinskim sestram in zdravstvenim tehnikom je potrebno omogočiti vse življenjsko učenje in izobraževanje, ki zahteva povezavo vseh področij vzgojno izobraževalnega sistema, kar zagotavlja kvalitetnejšo zdravstveno nego. Razvijati bi bilo potrebno čim večjo ponudbo dopolnilnega izobraževanja v okviru zavodov ali bolnišničnih dejavnosti, kar bi pripomoglo k sprotnemu učinkovitemu pridobivanju znanja. S pomočjo znanja namreč medicinske sestre pridobijo večje samozaupanje, samospoštovanje, odgovornost in kritičnost. Poleg tega je izobrazba pomemben dejavnik družbenega položaja ljudi. Medicinske sestre na žalost še vedno niso dovolj cenjene v družbi in niso še povsem priznane kot profesionalna skupina, ki povsem samostojno opravlja svojo dolžnost.(37)

7 HIERARHIJA V ZDRAVSTVENI NEGI IN ODNOS MED MEDICINSKIMI SESTRAMI IN ZDRAVNIKI

Tradicionalno so medsebojni odnosi v zdravstvu temeljili na hierarhičnem razmerju med nadrejenimi in podrejenimi osebami in skupinami. Prevladovala je toga hierarhija in prevladujoč način usklajevanja njihovega dela je bila podrejenost medicinskih sester ter prevlada zdravnikov.(41) Ta oblika usklajevanja dela, je dolgo prevladovala in zagotavljala funkcioniranje modernega zdravstvenega sistema. Moteč faktor za hiter prehod v sodelovalni in enakopravni odnos, je globoko ukoreninjena predstava o medicinski sestra kot o pomočnici zdravnika in ne kot o nepogrešljivi strokovnjakinji v zdravstvenem timu.

Zdravstveni sistemi so bili in so še prežeti z močno hierarhijo.(41) Hierarhičnost je ena od temeljnih značilnosti odnosov med zdravstvenimi delavci. Zdravniki in medicinske sestre se med seboj razlikujejo po slojevski pripadnosti, tako v izvorni kot v ustvarjeni družini, po spolu, izobrazbi, po poklicni kulturi, po družbenem ugledu poklica in po mestu v organizacijski shemi zdravstvenih ustanov. Te razlike se ohranjajo in jih je nemogoče odpraviti, vsaj v doglednem času.(42)

7.1 Pomen medsebojnih odnosov med zdravstvenimi delavci

Med pomembna etična vprašanja glede ravnanja zdravstvenih delavcev sodijo medsebojni odnosi med zdravstvenimi delavci. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov kot tudi kodeks zdravniške etike opredeljujeta zgolj odnose do drugih zdravstvenih delavcev istega profila, ni pa zapisa o tem, kakšen naj bi bil odnos med zdravstvenimi delavci različnega profila; npr. medicinska sestra-zdravnik. To občutljivo področje o medsebojnih odnosih je izjemno pomembno za splošno vzdušje v določeni zdravstveni ustanovi in se kaže tudi v odnosu do pacientov. Tako zdravnik kot medicinska sestra opravljata samostojne zdravstvene poklice, po drugi strani pa to predstavlja prepletanja vlog in timski pristop.(42)

Področje odnosov obsega dve razsežnosti: odnose med samimi zdravstvenimi delavci na eni in pacienti na drugi strani. Zato je primerno, da zavedanje o pomembnosti odnosov spremlja zdravstvene delavce v celotnem poklicnem razvoju, od šolanja do delovnega okolja. Pri tem imajo glavno vlogo vodilni delavci zdravstvenih organizacij, saj so prav oni najodgovornejši nosilci celotnega sistema, ki vključuje tudi medsebojne odnose.(42)

Obe poklicni skupini imata natančno opredeljene delokroge in opravljata samostojne zdravstvene poklice, kar pomeni, da v zdravstvenem timu nastopata kot partnerja. Toda enakopravna vloga sodelujočih v timu ne izključuje strokovne hierarhije, ki izhaja iz odgovornosti in je eden od pogojev za učinkovito delovanje tima. Določene posege in postopke medicinska sestra in zdravnik lahko izvedeta le v tesnem medsebojnem sodelovanju. To pa še ne pomeni, da mora biti medicinska sestra v vseh pogledih in pri izvajanju različnih oblik zdravstvenega varstva v podrejenem položaju (cit. Poredoš, 2006). Tako je strokovna hierarhija, ki teži bremena strokovnih odločitev in prevzemanja odgovornosti prenaša na posameznika, namenjena vzpostavljanju določenega reda in nikakor ne pomeni podrejanja drugih profilov, ki sodelujejo v zdravstvenem timu.(43)

S preoblikovanjem zdravstvene nege v samostojno stroko, se je posledično spremenila tudi vloga medicinskih sester. Iz pomočnice zdravnika, medicinska sestra postaja strokovni delavec, ki se mora samostojno odločati, kaj narediti za pacienta, ki je strokovna vsebina njenega dela. Obenem pa ostaja še vedno v tesnem stiku z zdravnikom, saj opravlja po njegovem naročilu številne medicinsko tehnične posege.

Medpoklicno sodelovanje medicinskih sester in zdravnikov je tesno povezano s kakovostno zdravstveno obravnavo, z zadovoljstvom pacientov, zaposlenih in managementa, z večjim ugledom obeh poklicnih skupin v strokovni in splošni javnosti ter z večjim zaupanjem prebivalstva v zdravstveni sistem (povzeto po Klemenc, Pahor 2006). Omeniti želim izkušnje iz delavnic etike in komunikacije, ki že več let organizirano delujejo v ljubljanskem društvu. Le-te nakazujejo, da so vzroki, ki povzročajo nesoglasja in konflikte med medicinskimi sestrami in zdravniki; slaba organizacija dela in pomanjkljiva znanja s področja managementa in komunikacije pri obeh poklicnih skupinah. Poleg naštetih vzrokov so omenjene neenakomerne obremenitve obeh skupin, vprašljivo priznanje samostojnosti stroke zdravstvene nege, podcenjevanje, neupoštevanje, prelaganje odgovornosti na drugo poklicno skupino, slaba kontaktna kultura in komunikacija v obeh smereh, nejasni delokrogi in delitev dela, premalo časa posvečenega pacientu ter kadrovski primanjkljaj.(44)

Nenazadnje pa imajo medicinske sestre in zdravstveni tehniki že vrsto let svoj Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, ki med drugim opozarja tudi na medsebojne odnose (20).

Medicinska sestra in sodelavci; Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije; načelo VII

Standardi, ki pojasnjujejo ravnanje etičnega načela (20);

- Kodeks etike opredeljuje, da naj zdravstvena obravnava pacientov predstavlja skupno prizadevanje strokovnjakov različnih zdravstvenih poklicev; medicinska sestra naj priznava in spoštuje delo sodelavcev.
- Sodelovanje med medicinsko sestro ter odnos do drugih zdravstvenih delavcev temelji na odkritosti, poštenosti ter kolegičnih odnosih.
- Stanovska pripadnost in poklicna dolžnost zavezujeta medicinsko sestro, da ne odreče strokovne pomoči drugi medicinski sestri, če jo ta za to prosi.
- Odnosi med medicinskimi sestrami morajo temeljiti na spoštovanju in korektnosti. Pri tem so dolžne upoštevati življenjske in strokovne izkušnje starejših in nadrejenih ter učiteljev, ki naj bodo mlajšim sodelavcem za zgled in vodilo.
- Medicinske sestre morajo nameniti posebno skrb in pozornost študentom in dijakom zdravstvenih šol ter pripravnikom.
- Solidarnost in kolegičnost se kaže tudi v tem, da medicinske sestre skrbijo za obolelo kolegico, za obolele druge zdravstvene delavce, dijake in študente zdravstvenih šol.
- Nesoglasje naj ne izzove nekorektnega obnašanja. V primerih, ko nesporazumov ni mogoče zgladiti, morajo poskušati doseči spravo organi Zbornice zdravstvene nege Slovenije.
- Če medicinska sestra sumi, da sodelavci nekompetentno ali neetično obravnavajo pacienta, je dolžna, da ugotovi čim več dejstev o nepravilnostih, ter o njih poroča predstojnikom in če napake niso odpravljene, tudi strokovnim telesom Zbornice zdravstvene nege Slovenije.

- Medicinska sestra, ki si prizadeva, da zaščiti pacienta pred nekompetentno ali neetično oskrbo, lahko v svojem okolju doživlja različne pritiske. Kolegice in profesionalno združenje so dolžni, da ji pomagajo.

Ravno medpoklicni odnosi so tisti, kjer se prepletajo palete občutkov, čustev, besed, gest, stisk in radosti, dobrih in slabih zgodb, prepletanje nalog – vlog, odgovornosti, situacij in zgod ki jih piše vsakdan in v vsem tem je najlepši občutek, da nisi sam.

Sodelovanje med medicinsko sestro in zdravnikom je vstopnica za uspešno, kakovostno in strokovno delo, ki se začneja z medosebnim odnosom, ki naj izžareva spoštovanje, zaupanje, odkritost, poštenost, empatičnost, verodostojnost, humanost in človeško toplino.(45)

8 MENEDŽERJI IN ETIKA V ZN

Etika je del nas samih, našega razmišljanja in strokovnega delovanja. Že z majhnimi dejanji spoštovanja in prijaznosti, ki so enako pomembna, kot velike odločitve v procesu delovne organizacije, naj bi tudi medicinska sestra menedžer ravnala v skladu s svojimi etičnimi normami in prepričanji.

V Sloveniji je opazen primanjkljaj pri zadostnem številu medicinskih sester, pomanjkanje časa, spoštovanja, moči, vpliva ter timskega dela. Nasprotje temu, pa je v zdravstvenih ustanovah prisotna previsoka potreba po delu, prisotni so stres, prerakanja, zahteve, pravila, birokracija, kar s skupnim izrazom imenujemo problemi.(46)

Ob tem prevzame odločilno funkcijo menedžer, ki kot vodja hitro postane dober zgled. Odnos vodje oddelka ključno vpliva na vsa dogajanja na oddelku. Menedžer ustanove lahko pričakuje mnogo več od svojega osebja, če mu je na voljo, v podporo in v pomoč, kot pa če je nepriljuden, odklonilen in nepristopen.(46)

Menedžerji v bistvu upravljajo, vodijo in sprejemajo odločitve, vendar se vse to nanaša na ljudi. Odločitve in možnosti je potrebno sprejemati z vsem svojim bistvom, ne le z glavo ali z očmi. To pa pomeni, da je pri tem upoštevana tudi etika, ki ji nekateri pravijo, da je trening skozi vse življenje.(46) Prek vrednot, ki jih ima posameznik, kulture, in načina, s katerim obravnava sebe in druge, se uči medsebojnega spoštovanja, poslušanja, razdajanja ter humanega odnosa do soljudi.

Tako obstajajo veščine, kultura, vrednote ter pravila, ki pripadajo posamezniku v ustanovi in ustanovi sami. Ravno tako obstajajo etične veščine, kultura, vrednote ter pravila. To pa je stičišče etike in menedžmenta.

Menedžerji naj bi zaupali v človeški potencial, kar bi jim omogočilo spodbujanje svojih kolegov k razcvetu njihovih znanj in veščin. (46) To ne bi koristilo le njim samim, temveč tudi njihovim kolegom, ustanovi ter širši družbi.

Za uveljavljanje ter delovanje etičnih pravil ustanove so pomembne praktične veščine, ki jih imajo ljudje za opravljanje svojega dela in veščine za razjasnitev vrednot, odločanje in postavljanje standardov. Vse ustanove zasledujejo srečo svoje organizacije. To je ideal; realnost je mnogokrat slabša kot ta odličnost. Etika ne govori le o danem, temveč tudi o možnem (cit. Tschudin V., 2003).

Etična pravila in humanost v organizaciji so potrebni kot osnova za medsebojno spoštovanje njenih zaposlenih, pacientov ter organizacije kot celote.(46)

Danes je posebno v zdravstvu, zelo pomembno, da se ljudem na vrhu omogoči ter spodbuja etično delovanje. To je možno le v ustanovah, ki so etične. Menedžerji, ki zahtevajo od ostalih, da delajo etično, morajo najprej sami delati in razmišljati etično.(46) To pomeni poslušati ter pogovarjati se, preden ukrepamo, izpolnjevanje obljub ter ukvarjanje s pritožbami ter predlogi. Predvsem pomeni to spoštovanje vseh ljudi, ne le nekaterih, takšnih kakršni so in kar so. Takšna pravila morajo biti realna, tudi zagotavljati jih je treba realistično.

Menedžerji imajo zelo specifično vlogo pri ustvarjanju pogojev za etično zavedanje in etično ravnanje. Spodbujati morajo svoje zaposlene k ravnanju v skladu z njihovim strokovnim statusom in izobrazbo ter seveda z njihovo vestjo.(47)

Pri tej vrsti politike ne gre za to, ali je človek dober ali slab, ali je na strani zmagovalcev ali poražencev. Gre za to, da vidi in sliši, kaj se dogaja, da je pozoren na to in potem uporabi moč. Vprašati se je potrebno; Ali bi ljudje na podrejenih položajih ravnali etično, če tega ne bi počeli njihove vodje. Tu pride do izraza »zlato pravilo«: ravnaj z drugimi tako, kot bi si želel, da drugi ravnajo s tabo (cit. Tschudin, 2004). Ljudje na položajih vplivajo na vse, s katerimi sodelujejo.

8.1 Nova vloga vodje v procesu zdravstvene nege

Zdravstvena nega zahteva močne, konsistentne in izobražene vodje, ki so vidni/vizibilni, navdihujejo druge in podpirajo profesionalnost v izvajanju stroke. Vodstvo ima ključno vlogo v življenju medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov in bistveno vpliva na profesionalno okolje, v katerem lahko medicinska sestra/zdravstveni tehnik kvalitetno izvajajo zdravstveno nego.

Ključne lastnosti vodje v tem primeru medicinske sestre so; zavzemanje za kvalitetno izvajanje zdravstvene nege, sodelovanje, jasna in pozitivna komunikacija z ostalimi, mentorstvo, drznost, pa tudi vzornišstvo in vizionarstvo.(48)

Izvršna medicinska sestra v svojo organizacijo prinaša tako idejno vodstvo kot tudi profesijo zdravstvene nege, zato mora imeti primerno avtoriteto in sredstva, da lahko omogoči uresničitev standardov zdravstvene nege. To povezovanje poklicne prakse in delovne marljivosti v organizaciji vodi k večji vključenosti in sklepanju odločitev ter pospešuje sodelovanje med zdravstveno nego in kolektivi drugih disciplin.

Sodelovanje med sodelavci prispeva k kvalitetni zdravstveni negi, ki je osredotočena na pacienta. Ta vključuje sodelovanje medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, v izpopolnjevanju skupne vizije o lastnem delovnem mestu in priznavanje zaslug za njihovo pomembno sodelovanje.

Vodenje je deljena odgovornost in medicinske sestre / zdravstveni tehniki, morajo na vseh področjih dela in na vseh ravneh maksimirati svoj vodstveni potencial. S pomočjo kolektivne energije deljenega vodenja, oblikujejo močna omrežja in zveze, ki se na koncu kažejo v odličnosti izvajanja zdravstvene nege. Da se lahko podpira odličnost in profesionalno prakso, se mora v delovnem okolju ponovno vzpostaviti **humanost**, ki pomaga zaposlenim počutiti se varne, spoštovane in cenjene.

Medicinske sestre in zdravstveni tehniki imajo do pacienta obvezo, da zahtevajo organizirano in humano delovno okolje, katero je nujno za varno, kompetentno in etično zdravstveno nego.(48)

Razvoj in podpora kvalitetnega razvoja profesionalnega delovnega okolja je odgovornost, ki si jo delijo zdravniki, vlada, strokovna združenja, sindikati in javnost. Sledeča pravila oziroma načela veljajo, kjerkoli se izvaja zdravstvena nega in v okviru le-teh se mora nuditi kvalitetne ter učinkovite zdravstvene usluge, ki so v interesu javnosti.

8.2 Kvalitetno profesionalno delovno okolje nastane s pomočjo:

- Odgovorne medicinske sestre, ki skrbi za disciplino zaposlenih;
- Medicinskih sester / zdravstvenih tehnikov, vključenih v sprejemanje odločitev na delovnem mestu in na izvedbenem nivoju;
- Medicinskih sester / zdravstvenih tehnikov, vključenih v organizacijsko strateško načrtovalno dejavnost v zdravstveni negi;
- Medicinskih sester / zdravstvenih tehnikov, odgovornih za sledenje standardom zdravstvene nege;
- Medicinske sestre / zdravstveni tehniki, ki sodelujejo z ostalimi strokovnjaki, ki so vključeni v proces zdravstvene nege in ki določajo kriterije standardov stroke;
- Medicinske sestre / zdravstveni tehniki, ki sodelujejo v odločitvah organizacijskih razsežnosti – pri ocenjevanju in izbiri zalog, opreme, informacijskih sistemov ter tehnologije;
- Medicinske sestre / zdravstveni tehniki, ki imajo vpliv na določanje uporabe sredstev;
- Vključevanje medicinskih sester / zdravstvenih tehnikov v dejavnosti za izboljševanje kvalitete zdravstvene nege, ki so bistvene za ugodno delovanje organizacije;
- Uradnega mentorskega programa za medicinske sestre / zdravstvene tehnike, kateri bi delili znanje ter izkušnje z ostalimi člani negovalnega tima;
- Medicinska sestra, ki je na vodilnem položaju in ima veliko strokovnega znanja iz klinične prakse;
- Delovnega načrta/skice v prostem času medicinske sestre, ki omogoča razmislek in sklepanje odločitev o opravljanju lastnega poklica;
- Organizacijskih odločitev, analiziranih s spoštovanjem do njihovega vpliva na zdravstvene izide pri pacientih in na delovno življenje medicinskih sester / zdravstvenih tehnikov;
- Primerne razvoja zaposlenih in profesionalne izobrazbe, ki podpira medicinske sestre / zdravstvene tehnike pri ohranjanju stalne kompetentnosti;
- Formalnega povezovanja z neteoretičnimi praksami, kot npr. sodelovanje z izobraževalnimi ustanovami, za lažji dostop do strokovnjakov za izobraževanje in raziskovanje.(48)

Prestrukturiranje zdravstvene nege je zmanjšalo število bolniških postelj, število zaposlenega osebja in število zaposlenih v organizacijskih strukturah. Medicinske sestre in zdravstveni tehniki, so izkusili dramatično izgubo vodstva, menedžerjev in klinične podpore. To jim je posledično dalo silen občutek, da njihov prispevek h kvaliteti, k učinkovitosti in poceni zdravstvene nege ni niti spoštovan niti priznan.(48)

Že na globalnem ekonomskem trgu so uspešna le tista podjetja, katerih zaposleni so prilagodljivi, proaktivni in inovativni. Zaposleni tako niso več žrtev toge hierarhije, ampak strokovne hierarhije, kjer so zaposleni sodelavci in partnerji. Torej je samo zadovoljstvo zaposlenih v različnih zdravstvenih institucijah odvisno od vodje. Dober vodja naj bi prešel z vodenjem od nadzora k motivaciji. Namesto ubogljivosti je potrebno spodbujati zavezo, proaktivnost, inovativnost, zaposleni so vse manj podrejeni (49). V zdravstveni negi zaposlene pri delu izpolnjuje zavedanje, da pomagajo pacientu in da so njihove storitve kakovostne. Potrebno je imeti smisel dela z motivacijo, saj je odsotnost le-tega eden od pomembnejših dejavnikov stresa, ki je povezan z drugimi dejavniki; s odsotnostjo pohvale za opravljeno delo, neustreznim nagrajevanjem, odsotnostjo osebnega razvoja pri delu, nezmožnostjo polnega izkoriščanja lastnih potencialov in s stopnjo odgovornosti pri delu.

Pri poklicnem delu se veliko ljudi pusti voditi, igrajo po pravilih drugih in jim to tudi ustreza, saj se počutijo lagodno, ker jim ni treba razmišljati. Medicinske sestre in zdravstveni tehniki se ne bi smeli zapeljati v to igro. Vzgajati se in zoreti je potrebno vso življenje. Osebnostno zorimo doma, v družini, v družbi, na delovnem mestu in v vseh aktivnostih. V vseh teh okoljih pridobivamo nova znanja in informacije o sebi in o svetu. Na ta način se bogati lasten svet izkušenj in sposobnosti, ki omogočajo poseganje po višjih ciljih. Vse pomembnejše postaja tudi zavedanje lastnih pristojnosti, ki nam jih daje določena stopnja izobrazbe, z njimi povezani odgovornost in pravica odločanja v vseh razsežnosti.(49)

Vodilne medicinske sestre menedžerke morajo torej usmeriti sodobno vodenje s sistemom razvoja kadrov, k razvijanju novih vrednot, motiviranju ter izobraževanju za kakovost zdravstvene nege. V sodelovanju z izobraževalnim sistemom, je potrebno razviti instrumente za merjenje izidov zdravstvene nege z vidika zadovoljstva vsakega pacienta.(49)

9 PREOBREMENJENOST MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV

Na delovnih mestih je pogosto premalo priložnosti za odkrite, dobronamerne razgovore, preveč je kritik in žaljivih pripomb, premalo pa pohval in spodbud. Zato medicinske sestre pogosto obremenjujejo emocionalni problemi.(26) Po presoji avtorja je glavni vzrok preobremenjenosti na delovnem mestu tehnološki in organizacijski dejavnik (povzeto po Jakšič, 2007). Na podlagi tega medicinska sestra ne more uspešno obvladati problem pacientov, ne more doseči intenzivnega stika s pacientom in ne prijetnega ter sproščenega vzdušja. Na račun obremenjenosti pri delu se na delovnem mestu dogaja veliko nevšečnih sprememb. Medicinske sestre zaradi svojega dela čustveno otopijo, pacienti jim lahko zbujajo občutke krivde.

9.1 Stres kot nespecifičen odgovor na obremenitev

Stres je nespecifičen odgovor organizma na obremenitev (povzeto po Selye, 1936). Veliko je dejavnikov, ki povzročijo stres in jih medicinske sestre hitro prepoznajo, saj se z njimi srečujejo vsak dan. Najpogostejši dejavniki tveganja so (50): zaprta atmosfera, časovni pritisk, preveč hrupa ali nelagodna tišina, nenadni preskoki od intenzivnih k običajnim nalogam, nična toleranca do napak, neprijetni prizori in zvoki ter dolgotrajno delo v stoječem položaju.

Stres na delovnem mestu je škodljiva čustvena in telesna reakcija. Povzroča jo interakcija med delavcem in njegovim delovnim okoljem, če zahteve delovnega mesta presegajo delavčeve zmožnosti in vire. Kadar so medicinske sestre pod stresom, se telo pripravi na »boj ali beg«. (26)

Ob odgovoru osebe na dražljaj se sproži obramba, ki je lahko ustrezna, v skladu s sposobnostmi obvladovanja, ali pa neustrezna in oseba se znajde v neobvladljivi situaciji. Tako je lahko stres nekaj, kar osebo vodi naprej in ji omogoča napredovanje, reševanje in premagovanje ovir, čemur rečemo »koristni stres«, ali pa se ponavljajo negativne izkušnje, ki pripeljejo do »negativnega stresa«.(26) Ta pa je za osebo škodljiv, saj jo spravi iz psihičnega, fizičnega in socialnega ravnotežja, in če se ponavlja, lahko pusti trajne posledice.

Pomembni dejavniki, ki povzročajo stres, so (50):

- delovne razmere (neustrezno nagrajevanje, delovni čas, konflikti, diskriminacija in nevarnosti v delovnem okolju),
- odnosi na delovnem mestu (kakovost odnosov z ljudmi na enakovrednih položajih, z nadrejenimi ali s podrejenimi),
- spopadi med vlogami in dvoumnostmi (nezadostno definiranje vloge, funkcije, pričakovanja in dolžnosti),
- organizacijska kultura (praksa komuniciranja, večje spremembe na delovnem mestu, kultura organizacije in pomanjkanje sodelovanja pri sprejemanju odločitev),
- odnos delo – dom (neskladnost zahtev glede časa in pričakovanj),
- poklicni razvoj (nezadostna izraba znanja, veščin ali neuspeh pri doseganju ciljev, prehod na položaj, ki ne ustreza znanju in veščinam ter interesom posameznika),

- negotovost glede pričakovanj na delovnem mestu (bojazen pred izgubo dela in pomanjkanje priložnosti za učenje in napredovanje) in
- narava dela (količina potrebne fizične in čustvene zdržljivosti, delovne obremenitve in hitrost dela).

Zavedamo se, da se zdajšnja moderna tehnologija razvija zelo hitro in hitra adaptacija se pričakuje tudi od človeka. Ker se pa ljudje med seboj razlikujejo, se na stresne dejavnike različno odzivajo. Avtor meni, da delovne organizacije nimajo optimalnih delovnih razmer, ki bi na človeka delovale antistresno. V sam delovni proces zdravstvene nege se premalo uvaja medsebojna pomoč in dobri medsebojni odnosi. Sleherni se zanima le za svoje delo in za svoj uspeh in na žalost niti ne vidi človeka v stiski (26).

Pacient je zaradi svoje bolezni oz. nezadovoljenih potreb vedno v stiski, kar je za zdravstvene delavce poseben izziv. Ker je ta stiska stalno prisotna, jo je potrebno pri delu upoštevati in ovrednotiti. Potrebno je s pacientom vzpostaviti odnos, ki njegove stiske ne bo še povečeval, pač pa zmanjševal. Pri tem si lahko medicinska sestra s pridomo pomaga s sedmimi povezovalnimi navadami (cit. po Glasser, 2006); podpiranje, opogumljanje, poslušanje, sprejemanje, zaupanje, spoštovanje ter usklajevanje. Opisano stanje predpostavlja, da so medicinske sestre, ki niso v stresu oz., da imajo svoje potrebe zadovoljene v zadostni meri in da to ne vpliva na profesionalnost in kakovost njihovega dela. Vprašati se je potrebno, če to res drži.

Stres ni le subjektivno doživetje. Ponavljajoče ali zelo intenzivne stresne situacije se kažejo v fizioloških reakcijah na stres, spremembah vedenja in v psihični reakciji.(52)

Fizični simptomi stresa so (54, 55):

- nespečnost ali prevelika potreba po spanju,
- glavobol, bolečine v križu,
- mišični krči,
- težave v spolnosti,
- slabost, prebavne motnje,
- pogosti prehladi ali alergije,
- kronična utrujenost,
- splošna izčrpanost.

Psihični, vedenjski in socialni simptomi stresa so (51):

- razdražljivost, slabša sposobnost koncentracije, pesimizem,
- občutek strahu, zaprtost vase, neodločnost, pogosto izostajanje od dela,
- povečana uporaba stimulansov, kot so: tobak, alkohol, droge, hrana,
- jok, občutki manjvrednosti, obup, nemoč,
- spremenjeno seksualno življenje,
- depresija,
- razmišljanje o samomoru.

Simptomi na področju dela: (54)

- občutek preobremenjenosti, majhna produktivnost, izguba perspektive,
- pomanjkanje interesa za dejavnosti, ki so prizadetega nekoč veselile,
- pomanjkanje novih idej, ne dokončanje nalog, začenjanje vedno novih nalog,
- pozabljivost,
- odpor do dela.

9.2 Sindrom izgorevanja – burn out sindrom

Pojem izgorevanje je prvi uvedel psiholog Fraudenberger leta 1974. Sindrom izgorevanja (burn-out sindrom) je oblika depresije z občutki krivde, ki se pojavlja v poklicih, ki naj bi pomenili pomoč določeni skupini ljudi.(55) »Burn-out« sindrom, tako imenovano izgorevanje, je zdravstveni problem, ki je teoretično najpogostejše omenjen v povezavi s poklici v zdravstvu in je ponavadi posledica kopičenja stresnih dogodkov.(58)

Cristine Maslach, pionirka raziskav na tem področju, definira izgorevanje kot sindrom telesne in duševne izčrpanosti, ki zajema negativne predstave o sebi, negativen odnos do dela, izgubo občutka zaskrbljenosti in izostajanje čustev do sočloveka.(55) Opazila je, da velik del zdravstvenega osebja kaže čustveno izpraznjenost, ki se razvije zaradi dela s pacienti, posledično odklonilen odnos do njih in je v njihovi oskrbi manj uspešen.(55)

Do izgorelosti lahko pride v vseh starostnih obdobjih, pri obeh spolih in v vseh poklicih.(51) Izgorelost je bolezen tistega, ki se dolgo in vztrajno bori, ki se bori dlje in navadno bolje kot drugi, za neko idejo, za nek način dela in življenja, za neke odnose. Je bolezen tistega, ki spozna, da ni v recipročnih odnosih v delovnem in/ali zasebnem življenju.(51) Torej izgorevanju pogosto podležejo osebe, ki so vztrajnejše in bolj vzdržljive od drugih.(51)

Sindrom izgorevanja označujejo tri skupine (51):

- emocionalna izčrpanost
- depersonalizacija (pacient postane »primer« ali »številka«) in
- nezaupanje v lastne sposobnosti.

Izgorelost vključuje simptome na področju telesnega in čustvenega delovanja. Izguba zavzetosti pri opravljanju dela, energije, prenasičenost z delom, izguba interesa za delo in veselja do dela. Človeka spremlja občutek osamljenosti, razosebljen odnos do ljudi, čustveno otopel izgubi nadzor, je izčrpan, utrujen, ima občutek kaotičnosti. Pogosto se opazi njihov cinizem do soljudi, klientov; v tem primeru je to pacient. Krivijo jih, da so za svoje težave krivi sami in jih označujejo z žaljivimi izrazi ali s psihiatričnimi diagnozami. Pogosto izostanejo od dela in zamujajo na delo. Čuti se pomanjkanje prožnosti, zmanjšana je delovna učinkovitost ter izgubljajo zaupanje v druge ljudi.(55)

Značilno za pojav izgorevanja je, da ga še zdaleč ne moremo opredeliti zgolj na osebni ravni, pač pa da določa tudi vse tisto, kar se dogaja s posameznikom na medosebni ravni, in to tako v odnosu s pacientom; (nestrpnost, cinizem, aroganca in brezosebni pristop), kot na organizacijski ravni (nezadovoljstvo, izogibanje delu, oslabitev moralnih načel).(56)

Veliko je sanjarjenja in načrtov o spremembi poklica. Ker se ljudje med seboj razlikujejo, je razumljivo, da se v enakih stresnih situacijah pri nekaterih hitreje razvije sindrom izgorevanja, pri drugih počasneje, pri nekaterih pa sploh ne.

Kadar človekova prizadevanja ne ostanejo ujeta zgolj med štiri stene, je človekovo venenje pri delu gotovo manjše. Posameznik se zaradi zunanjih priznanj, zaradi evidentiranih naporov pri delu običajno počuti spodbujenega. Posledično bolj zaupa vase, zmore se bolj pogumno soočiti s svojimi šibkostmi, se z njimi vztrajanje spoprijemati, jih nadvladati ter se končno permanentno razvijati na strokovni in osebnostni ravni. Dejavniki, ki vodijo k zadovoljstvu

zaposlenih v zdravstveni negi, so v bistvu najpomembnejše varovalo pred osebnostnim opustošenjem, kakršnega lahko povzročijo procesi izgorevanja. (Williams, 2005).(57)

Zelo izpostavljeni so ljudje na vodilnih mestih, imajo avtoriteto, po drugi strani pa obveznost, kar vodi v zelo stresno poklicno in zasebno življenje.

Medicinske sestre, ki so v svojem poklicu tekmovalne, agresivne in se hitro razjezijo, imajo manjšo sposobnost samokontrole in se hitreje znajdejo v stanju stresa. Mlade in neizkušene, z visokimi cilji in zahtevami se preveč istovetijo s pacienti, (Mikuž, 1999)

Zaradi posledic izgorevanja trpijo vsi, tako zdravstveni delavci kot pacienti. Posledice izgorevanja se ne kažejo le na delovnem mestu, ampak tudi v odnosih z družino, s svojci in prijatelji.(58)

Najpogostejši dejavniki izgorevanja in dnevni stresorji so (58):

- manjši uspeh in učinek,
- utrujenost in izčrpanost,
- preobremenjenost,
- premajhna stimulacija,
- finančne težave,
- težave s sodelavci,
- konflikti,
- osamljenost,
- družinske težave,
- zdravstvene težave,
- daljša odsotnost in
- vse vrste odvisnosti.

Preprečevanje izgorevanja na osebnem nivoju

Pomembni so dobri odnosi v družini, s svojci, prijatelji in z znanci, prav tako pa tudi zdrav slog življenja ter telesna in duševna aktivnost, relaksacija ter sproščanje izven delovnega časa. Na delovnem mestu človeka obogati razumevanje, priznanje in sprejemanje lastnih občutkov ter sprejemanje subjektivnih in objektivnih meja. Vsak človek za svoj obstoj potrebuje priznanje in pohvalo ter razumevanje drugih v delovnem okolju. Ob tem človek gradi občutek varnosti in sprejetosti ter razvije lojalnost do ustanove, do dela in sodelavcev.

Preprečevanje izgorevanja na nivoju organizacije

Za pojav izgorevanja je veliko bolj odgovorna delovna organizacij, kot pa posameznik, ki je v njej zaposlen. Najpomembnejša je komunikacija, delovna klima ter stil vodenja in sistem delitve dela. Vsak posameznik, ki ima na delovnem mestu možnosti za samostojno mišljenje in strokovno odločanje, ima s tem možnost, da postane učinkovit, zmožen samospoštovanja, zadovoljen in ob tem se lahko profesionalno razvija.

Pomembni razlogi, ki jih določajo delovne razmere, so razen tega še preobremenjenost z delom, doživljanje časovne stiske, razpetost med različnimi vlogami, pomanjkljiva podpora med sodelavci, pomanjkanje povratnih informacij, pomanjkljiva možnost soodločanja ter pomanjkanje avtonomnosti pri delu.(56)

Številne raziskave so še opozorile, da je pojav bolj izražen, kadar se te opisane razmere prepletajo s slabo strokovno usposobljenostjo zaposlenih v zdravstveni negi, kadar so odnosi med njimi slabi, ko je komunikacija pomanjkljiva, ter je veliko nejasnih nasprotujočih navodil.(56) Dokazano je, da znaki izgorevanja vedno napovedujejo nižjo delovno učinkovitost zaposlenih. Posledično slabšo oskrbo pacientov (povzeto po Firth-Cozens, Payne, 1999).

Avtorica tega članka poudarja, da so dejavniki, ki vodijo k zadovoljstvu zaposlenih v zdravstveni negi, v bistvu najpomembnejše varovalo pred osebnostnim opustošenjem, kakršnega sicer lahko povzročijo procesi izgorevanja (povzeto po Williams, 2005).(57)

10 POMEN KOMUNIKACIJE PRI DELU ZDRAVSTVENIH DELAVCEV

10.1 Osnovna načela dobre komunikacije

Ljudje komuniciramo v vsakdanjem življenju in klinični praksi zato, da se družimo, izražamo svoje želje in potrebe z namenom, da bi bili slišani, priznani, razumljeni in sprejeti.(59)

Komunikacija je velikega pomena za učinkovito vplivanje na pacienta. Z njo dosegamo zaupanje, intimnost ter uspešno socializacijo. Za dobro komunikacijo je neprecenljive vrednosti sposobnost dobre empatije, tako se lahko komunikacijski odnos gradi na pacientovih čustvih, zmožnostih, vrednotah, stališčih in problemih.(59) Komunikacija je temeljno orodje in podlaga za nudenje kakovostne zdravstvene nege, ki zavzema pomembno mesto v celotnem zdravstvu. Je splošna potreba človeka in je del procesa zdravstvene nege (povzeto po Filipčič, 1998).(59)

Bistveni elementi medsebojnih spretnosti je samozavedanje, ki prodira v vsako mikrokomponento medsebojnih odnosov. Med te komponente sodijo; toplina, sprejemanje, pristnost, empatija, poslušanje, pozorno sledenje in odzivanje (povzeto po Rungapadiach, 2003).(59)

Za dobro komunikacijo s pacientom je potrebno upoštevati še:

- **pravilno oblikovanje informacije** na osnovi podatkov, ki jo tvorijo, podatki morajo biti točni in razumljivo povedani;
- **nesprejemanje informacij** – pacienti vsake informacije ne sprejmejo in to je lahko povezano z njihovim obrambnim vedenjem, da zaščitijo svoje notranje ravnotežje. To je imunska sposobnost pred stresom, ki bi ga povzročila neka nesprejemljiva informacija (zanikajo obolenje, zato informacijo zavrnejo);
- **sprejemanje kulture komunikacije** – temelj določene kulture se kaže preko vseh vrst sporočanja;
- **osnovno razumevanje socialnih odnosov v komunikaciji** (dominantnost, podrejenost, prijaznost, neprijaznost);
- **razumevanje uporabe prostora pri pogovoru** – vsak posameznik ima svoj zasebni ter intimni prostor, v katerega drugi ne sme posegati in je tudi zakonsko zaščiten, velja pravilo intimne bližine 60 cm in osebne razdalje 1 m in to je potrebno upoštevati pri komunikaciji;
- **pomen dotika pri komunikaciji** – dotik je najbolj prvinska človekova potreba ter najbolj intimna in konkretna komunikacija, pomen dotika je odvisen od okoliščin spola in starosti, pri izvajanju zdravstvene nege je telesni dotik sestavni del zdravstvene oskrbe;
- **razumevanje molka** – pogosto razumemo kot resno, hladno razpoloženje, vendar pa lahko pomeni tudi podporo, toplino, vdanost, opravičilo ali pristanek. Molk sam zase nima sporočilne vrednosti, toda v povezavi z drugimi sporočili lahko podeseteri smisel komunikacije.

10.2 Pomen komuniciranja v zdravstvenih institucijah

Spremembe v družbi in večje zdravstvene prosvetljenosti so privedle do večjih potreb in zahtev prebivalstva. Reforma zdravstvenega sistema je vzporedno povzročila val nezadovoljstva med medicinskimi sestrami in zdravstvenimi tehnikami. Vzrok je v novem načinu evidentiranja in obračunavanja zdravstvenih storitev, saj so z administrativnim delom že dovolj obremenjeni, tako da marsikdaj ne ostane dovolj časa za pristno komunikacijo. Ta pa je eden med najpomembnejšimi elementi odnosa s pacientom.

Za pacienta je pomemben dan, ko zboli in se s svojimi težavami zateče v ambulantno po pomoč. Zaskrbljenost zaradi bolezni, negotovost glede posledic bolezni, bolečine in strah še povečujejo njegovo stisko. V tej stiski je še posebno občutljiv in kritičen v ocenjevanju odnosa med pacientom in zdravstvenim delavcem. Toplina in sprejemanje ljudi takšnih, kakršni so, je za paciente zelo pomembno.⁽⁵⁹⁾ Zavedati se je potrebno, da že topel in razumevajoč pogled, pomirjajoč dotik ali samo razumevajoča beseda pomaga pri prvem kontaktu s pacientom. Zdravstveno osebje naj bi upoštevalo pacienta kot človeško bitje, ki pa je bolno. Pacient mora obvladati čustveno bolečino, strahove in negotovost, zato pa potrebuje dober odnos z zdravnikom, medicinsko sestro ali z zdravstvenim tehnikom. Pri tem veliko pripomore vzajemna izmenjava informacij ter izražena skrb in empatija ter predvsem human odprt odnos.

Pacient že ob sprejemu čuti, kakšna je atmosfera odnosov do bolnega človeka v ustanovi. Zanimivo področje vzpostavljanja dobrih odnosov s pacienti in svojci je čakalnica, ki bi morala biti pomembna domena dela medicinske sestre, pa je pogosto le vir konfliktov. Pacient mora občutiti, da vlada red in disciplina in da ni samo bolniški primer ali številka, ki jo bodo obravnavali brez zadostne humanosti. Tako je na primer že prijaznost osebja, ki daje prve informacije ob vstopu v ustanovo, izredno pomembna, torej prvi stik in odnos do pacienta, ki se gradi v nadaljnji obravnavi. V tem odnosu nikoli več ni druge priložnosti in možnosti, da popravimo prvi vtis. Če je prvo srečanje uspešno in vzbudi v pacientu pozitivne emocije do zdravstvenega osebja in zdravstvene nege, je uspeh skoraj zagotovljen.

Danes obstaja za vsakega posameznika možnost izbire zdravstvene ustanove in znano je, da se pacient raje odloča za ustanovo s toplim odnosom in z osebnim spoštovanjem, kot za sicer strokovno vrhunsko, a v odnosih bolj hladno ustanovo.

Vzpostavljanje prvega stika je zahteven postopek, ki ga mora medicinska sestra obvladati, da vzpostavi ustrezen zaupljiv odnos s pacientom. Za pridobivanje prvega vtisa je potrebno biti pozoren na videz, verbalno in neverbalno vedenje, privlačnost in videz zdravstvenega osebja.

Presoja medicinske sestre je lahko subjektivna in tudi napačna. V samo komunikacijo je potrebno vnesti mnogo lastne osebnosti. Za objektivno presojo se je potrebno tudi dobro poznati. Če je zdravstveni delavec srečen, zadovoljen in spočit, vidi situacijo popolnoma drugače in upoštevati je potrebno, da se pacient v ambulanti pogosto sreča s situacijo, ki jo opredeljuje napetost, bojazen, brezizhodnost, prizadetost, hkrati pa ima tudi velika pričakovanja in upanja. Za kulturo odnosov ni dovolj le hotenje, potrebno je tudi strokovno znanje iz komunikologije, kar dosežemo z izobraževanjem, s strokovnim izpopolnjevanjem s področja komunikologije za vse zaposlene v klinični praksi, ter s samim delom, kjer si posameznik pridobiva izkušnje in s tem ustvarja most med teorijo in prakso.⁽⁵⁹⁾

Ob prihodu pacientu ne smemo vsiljevati svojih misli, ampak ga moramo poslušati in upoštevati njegovo razlago. S pomočjo empatije, teoretičnega znanja in izkušenj, je potrebno pacientu razložiti njegovo situacijo tako, da jo bo razumel in iskal nove rešitve. Do zapletov in nerazumevanja lahko pride, kadar pacient zastopa druge vrednote kot zdravstveni delavec, zato ta ne sme vrednotiti njegove osebnosti po svojih merilih. Pacienta je treba razumeti v njegovem socialnem in razvojnem kontekstu, zato je potrebnih ogromno podatkov za razumevanje njegove situacije.(59) Le tako se lahko zdravstveni delavec zaveda njegovih možnosti spreminjanja in preoblikovanja situacije in s tem skladno lahko spreminja in dopolnjuje tudi lastno osebno razumevanje.

Pogosto mislimo, da delamo to, kar pacient potrebuje, vendar pa to ni vedno tako. Le v pogovoru je mogoče ugotoviti, kaj je tisto, kar pacient potrebuje in kako bo to dosegel in pridobil. V pacientu je potrebno zato videti partnerja ne pa objekt lastnega delovanja.

Komuniciranje je celovit proces, ki vključuje mnoge spretnosti, izmenjavo pristopov, občutkov, idej in polno razumevanje stališč sogovornika. To je spoštovanje osebnosti pacienta, upoštevanje njegove kulture in načelo sodelovanja. Lahko jo definiramo kot aktivnost, usmerjeno v zagotavljanje najvišje kakovosti zdravstvene nege (povzeto po Gonc, 2004).(59)

Nepogrešljiva sposobnost zdravstvenega delavca je obvladovanje pogovornega jezika, ki ga izvaja z govorno in pisano besedo. Obvladati mora kulturo lepega vedenja, kamor sodi vljudnost, prijaznost ter korektnost. Med samim komuniciranjem pacienta ne sme spraviti v podrejen položaj, obravnavati ga mora individualno. Zelo pomembno je, da pogovor steče sproščeno in spontano.

V sleherni zdravstveni instituciji, je za uspešno komunikacijo med zdravstvenimi delavci in pacienti potrebno veliko znanja in prakse, da se razvijejo tehnike, ki izražajo empatijo, skrb, prisrčnost, spoštovanje ter sprejetje in razumevanje pacienta.

Pogoji za uspešno opravljanje komunikacije so (59):

- Strokovno znanje,
- veščine komuniciranja,
- medsebojne spretnosti,
- zavedanje strokovnih pristojnosti,
- sodelovanje in doslednost pri opravljanju dolžnosti, ter
- vodenje negovalnega tima.

Sleherni zdravstveni delavec bi moral obvladati naslednje veščine:

- Spoštovati pacienta,
- opazovati besedno in nebesedno izražanje,
- ne samo slišati, temveč tudi občutiti,
- odkriti občutke, želje in potrebe pacienta,
- preveriti, kako je pacient dojel naše sporočilo,
- se ne prenačljeno odzivati ali povzdigovati glasu,
- se ne bati reševanja skupnih problemov,
- dopuščati stališča, drugačna od naših,
- ne govoriti zviška,
- se opravičiti in sprejeti sporočilo.

10.3 Posebnosti medsebojne komunikacije

Zaupanje

Je nujen pogoj, da se medsebojni odnos sploh razvija. Preden pacient tvega in spregovori o svojem zasebnem življenju, si pogosto zastavi vprašanja, kot so: »Ali lahko zaupam? Do katere mere jim lahko zaupam? Ali me bodo razumeli? Ali bodo moja čustva zavrgli? Ali se mi bodo posmehovali? Ali me bodo pomilovali?« Zaupanje je dejansko izbira posameznika. Vedenje in način svetovanja medicinske sestre in zdravstvenega tehnika sta predpogoj, da bo pacient zaupal svoje strahove. Zavedati se je potrebno, da sprejmemo pacienta kot osebnost s svojimi željami, z mislimi in vedenjem. Spoštovati ga je potrebno brez obsojanja, saj ima vse pravice do lastne izbire in načrtovanja.

Kako zelo pomemben je dober odnos med medicinsko sestro in pacientom, opozarjajo primeri, ko pri pacientu pospeši okrevanje. Zaradi zaupanja, toplega in humanega odnosa med pacientom in medicinsko sestro/zdravstvenim tehnikom, pacient lažje zadovolji svoje potrebe.

Dotik

Je dobro razvit primarni čut z močnim čustvenim in s spominskim odzivom. Predstavlja najintimnejšo obliko komuniciranja in je med najbolj sporočilnimi načini komunikacije, zlasti pri dojenčkih in umirajočih. Telesni dotik je za medicinsko sestro neizogiben za izvajanje določenih aktivnosti zdravstvene nege.(59)

Sodobne učinkovitejše metode dela imajo tudi slabe lastnosti z vidika komuniciranja. Tako lahko na primer medicinska sestra opazuje na glavnem monitorju stanje in vitalne funkcije pacientov priklopljenih na sobne monitorje. S tovrstno posodobitvijo se je zmanjšala pogostnost obiskov medicinske sestre v posamezni sobi in s tem tudi možnost komunikacije s pacientom.

Molk, tišina

V komunikaciji sodi med najučinkovitejše spodbujevalne tehnike. V stanju bolezni se človek vede ter izraža drugače kot takrat, ko je zdrav. Pomembno je, da se ga ne priganja z gostobesednostjo, medicinska sestra ne vpada v njegovo pripovedovanje in ga aktivno posluša. Pomembno je tudi, kako ravnati z molkom in s tišino v prostoru ob pacientu. Zavedati se je potrebno da sporočila niso samo jezikovna. Govorimo s celim telesom in ne samo z glasom. Če stopimo pred pacienta naklonjeno, s tem izpolnimo temeljno zahtevo prepričljivosti, kajti povezovalna elementa med medicinsko sestro in pacientom sta prav naklonjenost sočloveku in naša samozavest.(63) Na področju zdravstvene nege je molk izjemno bogat s sporočili. Samo droben gib roke in izraz obraza lahko povesta nekaj, kar lahko preslišimo oziroma prezremo.(59)

Nebesedno komuniciranje je težko obvladljivo, zato v razvitem svetu delavce v ta namen izobražujejo. Zavedati se je potrebno pestrosti ter globine nebesednih sporočil, pomembnost ali zanesljivost oziroma točnosti tega.(59)

Uporaba strokovnega jezika in žargona

Nekateri poklici (zdravniški, odvetniški) uporabljajo pri svojem delu vrsto svojih terminov. Uporaba le-teh tudi v komunikaciji z laiki pomeni zapiranje komunikacije. To je še zlasti značilno za zdravstvene poklice. Uporaba nerazumljivih strokovnih izrazov lahko deluje na pacienta zastrašujoče in vnaša vanj zmedo. Današnji čas je čas modernih tehnologij, hitenja, opravljanja obveznosti. Žal je za medsebojne stike ljudem zmanjkalo časa. To pomeni, da je komunikacija omejena le na najnujnejše in da beseda izgublja svojo osnovno funkcijo. Ljudje se prepuščajo zastrupljanju medijev in namesto da bi se pogovarjali, vključijo televizor ali računalnik in že se znajdejo v svojem svetu.⁽⁶³⁾ Pomembno je, da poskušamo dati besedi ponovno težo. Živa, govorjena beseda je nekaj neponovljivega, enkratnega. Čim bolj bo prepričljiva, tem bolj bo učinkovita. Izgovorjenega se praktično ne da popraviti, lahko se pa da pacientu moč, voljo in energijo, hkrati pa se mu lahko vse to z eno samo besedo odvzame.

11 KAKOVOST, KRITERIJI IN STANDARDI V ZDRAVSTVENI NEGI

11.1 Teoretične osnove in definicije

V zadnjem času tudi na področju zdravstva vse več govorijo o kakovosti dela. S tem v zvezi se oblikujejo strokovni standardi. Samo prepričanje, da bo delo opravljeno vsaj zagotovljive kakovosti, ni dovolj, potrebno je tudi ugotoviti, se prepričati, oceniti in izmeriti. Zagotavljanje kakovosti vključuje ocenjevanje kakovosti in izboljševanje kakovosti v zdravstveni negi.

Kakovost je zelo širok pojem in definicij je seveda več (v nadaljevanju), a v bistvu pomeni kakovost takšno zdravstveno obravnavo, ki daje njenim uporabnikom pravočasno vse tisto, kar potrebujejo in pričakujejo glede na zdravstveno stanje in počutje.(62)

Avedis Donabedian je l. 1970 opredelil kakovost, kot skladnost med dejansko zdravstveno nego in predhodno predpisanim kriterijem.

Kakovost je z učinkovito zdravstveno nego, izboljšati zdravstveno stanje in zadovoljstvo prebivalstva v okviru virov (materialni, kadrovski, v smislu znanja), ki so jih družba in posamezniki pripravljeni porabiti za zdravstveno nego (povzeto po Williamson, 1974).

Nacionalna politika nenehnega izboljševanja kakovosti v zdravstvu je, da bi s skupnimi prizadevanji vključili kakovost kot obvezno in stalno dejavnost na vsa njena področja.(62) Koncept kakovosti se lahko opredeli zelo široko in z različnih vidikov. Z vidika prakse zdravstvene nege, kakovost vključuje osebo kot celoto. S tega celostnega vidika mora orodje za merjenje kakovosti vključevati osebo in tudi njeno okolje. Poleg teh prvin morajo biti vključene tudi spremenljivke kakovosti zdravstvene nege, kot so strukturne, procesne in izhodne spremenljivke. Definicija kakovosti je odvisna od tega, kdo oblikuje kriterije kakovosti in kdo je vključen v koncept kakovosti. Lahko je definirana samo intervencija v zdravstveni negi, postopki v sistemu zdravstvene nege, ali je vključen tudi prispevek pacienta, ali je vključen celotni zdravstveni sistem. Obstaja mnogo definicij kakovosti, vendar je v vsem tem definicijam nekaj skupnega: izražajo razkorak med realnostjo in zaželenim stanjem. Razumevanje kakovosti je odvisno tudi od vsakega posameznika, od njegovih pričakovanj, vrednot in ocene.

Ocenjevanje kakovosti je postopek, s katerim se primerja načrtovano in izvedeno zdravstveno nego z izbranimi kriteriji oziroma zastavljenimi cilji. Za vrednotenje kakovosti je pomembna opredelitev dimenzij kakovosti, kot so (povzeto po Verbič, 1994); urejenost, zanesljivost, odzivnost, strokovnost, ustrežljivost, verodostojnost, varnost, dostopnost, komunikacija ter razumevanje pacientov.(60)

Zagotavljanje kakovosti lahko opredelimo na več načinov, kakovost lahko definiramo. Svet kakovosti temelji na zadovoljstvih, ki sama po sebi niso niti koristna niti škodljiva. V tem svetu se ljudje med seboj razlikujejo.

V vsaki življenjski vlogi obstajajo različna vedenja in odgovornosti. Da bi se naučili vedenj, s katerimi bi zadovoljevali svoje potrebe v odnosih do drugih, moramo vrednotiti sebe in omogočiti drugim, da lahko delajo enako.(Glasser, 2006).(60)

Kot kazalec kakovosti je med ostalim tudi zadovoljstvo zaposlenih v organizaciji. Uspešnost organizacije je vedno bolj odvisna od tega, kako se prilagaja spremembam v okolju. Nosilci tega prilagajanja so zaposleni, njihovo znanje, sposobnosti in pripravljenost za sodelovanje v poslovnih procesih. Delovne organizacije se vedno bolj zavedajo, da so njihovi zaposleni ključni dejavnik za izboljšanje kakovosti (povzeto po Leskovar – Špacapan, 2003).(61)

Najpogostejši dejavniki, ki vplivajo na zadovoljstvo medicinskih sester, so (60):

- zadostno število zaposlenih,
- samostojnost pri delu, spoštovanje poklica,
- zagotovljeno varstvo otrok, soodločanje pri delu,
- sodelovanje pri odločanju in načrtovanju urnika,
- poklicna rast,
- kakovostna oskrba pacienta in znanje za zadovoljevanje le te ter
- zagotavljanje ustreznega nadzora.

Na zadovoljstvo vplivajo še: dobri medsebojni odnosi, socialna varnost, pomoč drugim, uresničevanje pridobljenih sposobnosti, samostojnosti in pripadnosti.

11.2 Pomen standardov in kriterijev v zdravstveni negi

Značilnosti standardov in kriterijev

Standardi so sprejete in veljavne norme, ki opredeljujejo aktivnosti v zdravstveni negi in stopnjo kakovosti zdravstvene nege. So sredstvo oziroma orodje za merjenje kakovosti. Standardi morajo biti dinamični, da jih je možno prilagajati in spreminjati.(62)

Standardi morajo odražati vidike sodobne zdravstvene nege, najnovejše ugotovitve raziskovalnega dela, podprte s praktičnimi izkušnjami, strokovno usposobljenost in pristojnosti članov negovalnega tima. Obenem morajo obdržati tudi specifičnost posameznega področja zdravstvene nege. Standardi opredeljujejo tudi pogoje za izvajanje zdravstvene nege in pričakovane rezultate. Da lahko standarde ovrednotimo, uporabljamo v ta namen merljive kriterije.

Kriteriji morajo biti merljivi, specifični, primerni, razumljivi, jasni in sodobni. So merilo za vrednotenje, primerjanje in presojanje standardov, hkrati pa so tudi merilo za ocenjevanje uspešnosti, učinkovitosti in kakovosti zdravstvene nege.

Ločimo tri vrste standardov;

- Kriteriji standardov strukture; opišemo kdo, kje in s čim bo izvedel določeno aktivnost,
- V standardu procesa s kriteriji opišemo, katere akcije je potrebno izvesti, kako pogosto in kdaj. Kadar je akcija vezana na komunikacijo, opišemo vsebino in sicer; kaj povemo, kaj učimo, da rezultat dosežemo, ter opišemo metode in oblike dela.

- Standardi izida opredelijo pričakovane rezultate ali izide. S standardom izida merimo zadovoljstvo pacienta, pričakovano spremembo v pacientovem zdravstvenem stanju in znanju pacienta.

Standardi in kriteriji zagotavljajo in pospešujejo kakovost zdravstvene nege. So koristen in nujen pripomoček za delo v praksi, vendar je potrebno poudariti, da kljub oblikovanim standardom, slehernega pacienta obravnavamo individualno. V skladu z njegovimi potrebami načrtujemo in izvajamo zdravstveno nego (povzeto po Hajdinjak, A., Meglič, R., 2003).

Uporaba standardov in kriterijev zdravstvene nege v praksi

V planskih usmeritvah Ministrstva za zdravje, Razširjenega strokovnega kolegija za zdravstveno nego, Zveze društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije je merjenje količine in kakovosti v zdravstveni negi, v osnovni zdravstveni delavnosti in s tem načrtovanje kadrov ter razporejanje dela izvajalcev zdravstvene nege, glede na dejansko delovno obremenitev, določeno kot prioriteta naloga. Nujno je, da se s kategorizacijo pacientov čim prej prične v vseh zavodih, zasebnih ambulantah ter na bolnišnični ravni, torej na primarni, sekundarni ter terciarni ravni ZN.(62)

Brez pravih podatkov se bo zaman dokazovalo, da je v ambulantah splošne medicine in dispanzerski dejavnosti ter v ostalih dejavnostih zdravstvene nege dejansko premalo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, ter da je njihova delovna obremenitev prevelika.(62)

Zdravstvene ustanove v Sloveniji že vrsto let skušajo v prakso zdravstvene nege uvesti standarde in kriterije, šele na zadnjem mestu se spopadajo s kategorizacijo pacientov, vzporedno s tem pa kadrovske problematiko.

Zdravstveni dom Koper, uporablja metodo standardizacije v dispanzerskih dejavnostih ter v ambulantni splošne medicine. Strokovni kolegij medicinski sester Zdravstvenega doma Koper, je leta 2006 sprejel uporabo štirinajstih standardov intervencije zdravstvene nege. Ti so vključeni v proces zdravstvene nege, vendar niso zaživel v praksi, saj ni izdelan kriterij za merjenje le-teh. Odgovorne medicinske sestre v dispanzerjih so preobremenjene s preventivno in kurativno dejavnostjo, saj je frekvenčna obremenitev pacientov prevelika.

Čeprav je ravno kategorizacija pacientov orodje za merjenje količine dela, za lažji izračun časa, ki ga izvajalec zdravstvene nege potrebuje za pacienta, do izvajanja le-te v Zdravstvenem domu Koper ni prišlo. Kadrovske normativi, ki so še danes v uveljavi, so bili sprejeti leta 1969. Sprejel jih je Svet Republiškega zdravstvenega centra. Za ambulate in dispanzerje je bil sprejet normativ 1–2 medicinski sestre na enega zdravnika. Če upoštevamo dejstvo, da število pacientov iz dneva v dan narašča, Zavod za zdravstveno zavarovanje pa povečuje normativ, je glede števila pacientov na zdravnika to zaskrbljujoče dejstvo za razvoj in dvig kvalitete v dejavnostih zdravstvene nege.

V **Splošni bolnišnici Izola** se nenehno srečujejo s problematiko glede kadrovskega deficita. Kljub temu, da so že januarja leta 2005 oblikovali in sprejeli uporabo standardov in kriterijev na vseh bolnišničnih oddelkih, le-ti ne morejo zaživeti. Oblikovali so 11 kriterijev, ter na podlagi teh tudi kategorizacijo zahtevnosti zdravstvene nege. Kategorizacija pacientov je bila pokazatelj kadrovskega primanjkljaja, poleg tega pa mora medicinska sestra še vedno opravljati dela, ki niso njena domena, torej opravlja tudi dela, ki so domena zdravnikov.

Na žalost počne to v času, ki bi ga sicer morala posvetiti pacientu in za pacienta. Poleg tega ni v bolnišnici zagotovljena niti kadrovska rezerva, katera naj bi bila zagotovljena v vsaki delovni organizaciji. Kadrovska rezerva naj bi pokrivala 7- 8% kadra.

Pomanjkanje zdravstvenega kadra je pereč problem na vseh nivojih zdravstva, tako na primarnem, sekundarnem ter terciarnem nivoju. Ob tem pa se izvajalci zdravstvene nege in oskrbe soočajo z dejstvom, da v tej državi ni jasnih kadrovskih standardov, niti kliničnih poti in nacionalnih smernic za delo. Tako je vsaka ustanova v zdravstvu prepuščena lastnim zmožnostim argumentiranja, dokazovanja in uveljavljanja potreb po kadrih.

Pomen terciarne socializacije v praksi

Že skozi diplomsko delo je razvidno, kako pomembna je pridobitev znanja na nivoju terciarne socializacije, torej pridobitev znanja že na tem nivoju. Poučevanje »etike« v dodiplomskem in ravno tako v podiplomskem izobraževanju je sicer zahteva kurikulumu in samo izobraževanje etike se vnaša v študijske programe, toda ta pridobljena znanja se na žalost mnogokrat ne odražajo na samem delu medicinskih sester. Kot navajam, etika ni le predmet, katerega se lahko naučimo in osvojimo znanje nekaterih njenih teoretičnih načel, bistvenega pomena je etično razmišljanje medicinskih sester in ravno tako njihovo delovanje. Zavedati se moramo, da je etika del nas samih. To pa lahko omogoči le izkustveno učenje vsakega posameznika in prepoznavanje etike in etičnih dilem v praksi. Vse medicinske sestre in zdravstveni tehniki vedo, da obstaja Kodeks medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije z vsemi standardi in ta naj bi jim služil kot vodilo za oblikovanje etičnih vrednot ter kot vzpodbuda pri vsakodnevem delu s pacienti. Vendar to ni dovolj, saj delo v zdravstveni negi zahteva tudi določene osebnostne lastnosti, ki se kažejo z načeli in vrednotami poklica. Potrebno je vso pridobljeno znanje aplicirati v prakso ter nenehno bogatiti svoje moralne in etične vrednote, tega je pa v praksi čedalje manj.

12 NAMEN DIPLOMSKE NALOGE

12.1 Cilji raziskovalnega dela

- na podlagi analize pridobljenih rezultatov ugotoviti potrebe medicinske sestre po dodatnem izobraževanju (psihologija, sociologija, veščine komunikacije),
- na podlagi analize dobljenih podatkov dokazati, ali ima kadrovski deficit vpliv na dehumanizacijo v zdravstveni negi,
- ugotoviti pomen vrednot, kot so: empatija, pristojnost, zaupanje, pripadnost, predanost, in kako vplivajo na samo kvaliteto zdravstvene nege.

12.2 Hipoteze

- potreba po stalnem strokovnem izobraževanju oziroma socialnem učenju se večja,
- medsebojne komunikacije je čedalje manj, okrnjena je komunikacija med osebjem, zaposlenim v zdravstveni negi ter pacientom in potrebno je organizirati skupine za učenje veščin komunikacije,
- visoki normativi, ki jih postavlja Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, vzporedno s kadrovsko problematiko, povzročajo izgorevanje medicinskih sester (burn-out) ter dehumanizacijo.

13 EMPIRIČNI DEL

13.1 Materiali in metode

Raziskovalni inštrument v prvem delu je vprašalnik, ki je anonimne oblike. Sestavljen je iz sklopov vprašanj. Prvi del vprašalnika obsega predvsem osnovne podatke kot so; spol, starost, izobrazba, delovna doba, opredelitev delovnega mesta ter trajanje zaposlitve.

- o zadovoljstvu zaposlenih v svoji delovni organizaciji
- odgovornosti in strokovnosti zaposlenih
- o etičnih in moralnih načelih
- o družbenih in profesionalnih vrednotah
- smisel humanih vrednot, ki jih posamezniki pričakujejo drug od drugega, tudi v vsakodnevni medsebojni odnosih (prijateljstvo, empatija, pripravljenost pomagati, razumevanje, nesebičnost, dobrota, potrpežljivost ...)
- možnosti izobraževanja v posamezni instituciji
- kaj privede do izgorevanja zdravstvenega osebja (burn-out)
- kakšen pomen ima znanje komunikacijskih veščin
- tempo diktira tudi zdravstvena politika in do česa to privede

13.2 Vzorec in potek raziskave

Raziskava je potekala v Zdravstvenem domu Koper. Opravljena je bila v septembru 2007. Ciljna skupina so bile vse medicinske sestre in zdravstveni tehniki; zaposleni na vseh profilih, z različno stopnjo izobrazbe, različne starostne strukture ter delovne dobe.

Razdeljenih je bilo 82 vprašalnikov v vse ambulate in dispanzerske dejavnosti v Zdravstvenem domu Koper. Vrnjenih in izpolnjenih je bilo 50 vprašalnikov od 82.

V diplomski nalogi je uporabljena opisna ali deskriptivna metoda raziskovanja, na osnovi anketnega vprašalnika, kateri je bil razdeljen ciljni skupini po predhodnem soglasju glavne medicinske sestre in strokovnega sveta zavoda.

13.3 Splošna opredelitev raziskave

Sam vprašalnik obsega uvod, v katerem prosimo za izpolnitev le tega, in zagotavlja anonimnost. Uvod predstavlja tudi namen raziskovalnega dela, naslov diplomske naloge in razkrije identiteto raziskovalca. Zadostiti je potrebno nekaterim etičnim zahtevam, ki se nanašajo na raziskavo. To lahko zagotovimo že s predhodno zahvalo sodelujočim pri raziskovalnem delu.

Pridobljeno je bilo soglasje vodstva Zdravstvenega doma Koper, za analizo dobljenih podatkov ter uporabo le-teh. Vsi podatki so bili obdelani po sistemu varovanja podatkov. Rezultate raziskave sem uporabila izključno za potrebe diplomske naloge.

14 REZULTATI ANKETNEGA VPRAŠALNIKA

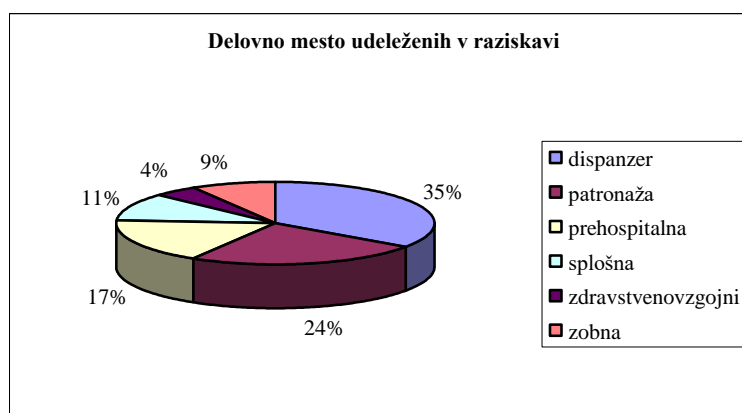
Splošni del vprašalnika zajema spol udeležencev, starostno strukturo in stopnjo izobrazbe.

V zavodu je zaposlenih več žensk kot moških, z izjemo v prehospitalni enoti, kar predstavlja skoraj večino zaposlenih zdravstvenih tehnikov moškega spola. Na vprašalnik je odgovarjalo le 7 moških izmed 50 sodelujočih, torej 14 % moških in 86 % žensk.

Povprečna starost anketirancev je med 35 in 39 let. Razdeljeni so v razrede po 10 let (od 20-30, od 31-40, od 41-50 ter od 51-60 let). Starostna struktura je porazdeljena po normalni distribuciji, kar pomeni, da so vsi anketiranci v starostnem intervalu med 20 in 55 let. Glede na opravljanje funkcije dela tega kadra, so to leta največje človekove ustvarjalnosti, ambicioznosti, želje po napredovanju in ustvarjanju.

Od vseh sodelujočih je največji delež odgovorjenih vprašalnikov vrnjenih od zdravstvenih tehnikov in sicer predstavlja to 60 % (27) oseb s srednjo izobrazbo. 16 % (8) medicinskih sester je imelo višjo izobrazbo, 20 % (10) visoko izobrazbo ter 4,0 % (2), z univerzitetno izobrazbo.

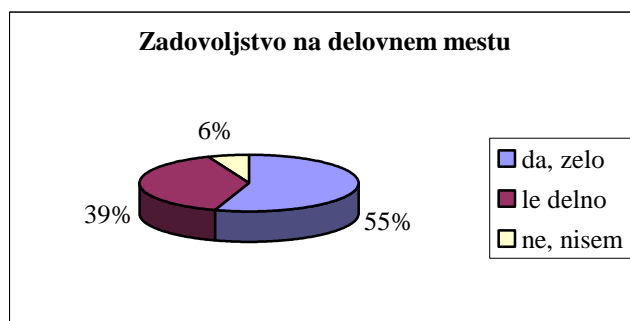
Slika 1: Trenutno delovno mesto medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov



Na to vprašanje niso odgovorile 4 osebe od 50 udeleženih. Največ jih je trenutno zaposlenih v dispanzerski dejavnosti, kar zajema 16(35 %) udeleženih v raziskavi. Iz patronažne dejavnosti je zajetih 11 (24 %) MS/ZT, iz prehospitalne enote 8 (17 %), iz zdravstveno-vzgojne dejavnosti 2 (4 %), iz ambulate splošne medicine 5 (11 %) ter iz zobnih ambulant 4 (9 %).

19 (43 %) vseh udeleženih v raziskavi, je na trenutnem delovnem mestu do 5 let, 5 (11 %) jih dela od 6 do 10 let, 7 (16 %) od 11 do 15 let, 5 (11 %) 20 let in 8 (18 %) jih dela več kot 20 let.

Slika 2: Prikaz zadovoljstva zaposlenih na delovnem mestu



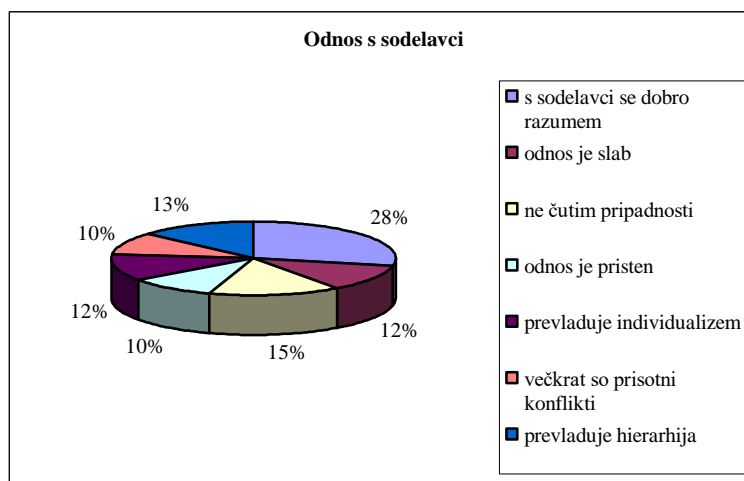
Največ udeležencev je odgovorilo, da so zelo zadovoljni in sicer 27 oseb, kar pomeni 55 % vseh odgovorov. Da je njihovo zadovoljstvo na delu le delno, jih je odgovorilo 19 (39 %). Le 3 osebe, kar je (6 %), so izrazile nezadovoljstvo na delovnem mestu..

Pearsonov koeficient korelacije kaže statistično značilno povezavo ($p=0,001$), med zadovoljstvom zaposlenih in podporo nadrejenih.

Ta povezava je izredno pomembna, saj so prav vsi zaposleni pritrdili, da so zadovoljni na svojem delovnem mestu v kolikor imajo podporo nadrejenih.

V zdravstvenem domu Koper prevladuje timski način sodelovanja oziroma dela, kar je potrdilo 82 % udeleženi v raziskavi in le 18 % se jih je opredelilo za individualni način dela. Za ambulantno in dispanzersko dejavnost, so to normalne in pričakovane vrednosti.

Slika 3: Ponazoritev medsebojnega odnosa zaposlenih



Večina sodelujočih v raziskavi trdi, da se s sodelavci dobro razume. To trditev je potrdilo 17 oseb, oziroma 28,3 % od vseh anketiranih.

15,0 % (9) jih trdi, da ne čutijo pripadnosti v svojem kolektivu.

13,3 % (8) se jih strinja s trditvijo, da v medsebojnih odnosih prevladuje toga hierarhija.

11,7 % (7) jih trdi, da v njihovem delokrogu ni timskega sodelovanja.

11,7 % (7) jih je odgovorilo, da je odnos s sodelavci slab.

Med vsemi anketiranimi je le 10,0 % (6) oseb, katere trdijo, da imajo pristen odnos s sodelavci. Da so konfliktne situacije večkrat prisotne, je zatrdilo 13,3 % (6) oseb.

Najpogostejši sprožilni dejavniki konflikta, po mnenju sodelujočih v raziskavi.

Od možnih odgovorov najbolj odstopa preobremenjenost saj je 26 (27,70 %) medicinskih sester ali zdravstvenih tehnikov v svojem delokrogu preobremenjenih.

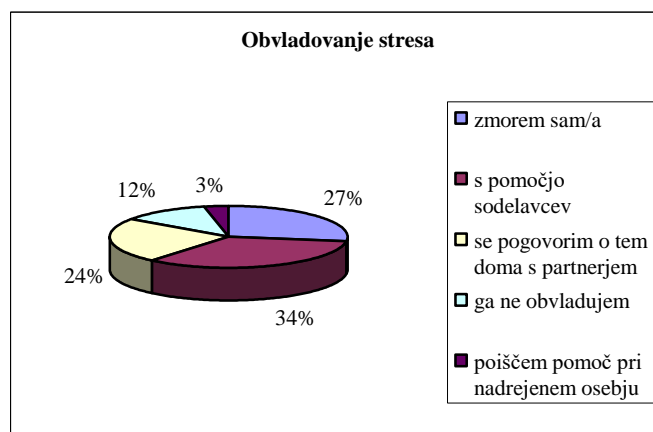
Stres ter izgorevanje so opredelili kot drugi sprožilni dejavnik. Na oba možna odgovora jih je odgovorilo 16, kar pomeni 17,00 % vseh anketiranih.

Dejavnik, ki vsekakor vpliva na konfliktna situacije, so normativi, ki jih diktira Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (visoko število opredeljenih pacientov na posameznega zdravnika). Za ta odgovor se je opredelilo 13 oseb, kar pomeni (13,80 %).

Da je osebno nezadovoljstvo posameznika razlog za konflikt, se je opredelilo 12 oseb, kar je 12,80 %.

11 (11,70 %) medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov trdi, da imajo premalo dane možnosti strokovnega izobraževanja iz psihologije, sociologije ter iz komunikacijskih veščin.

Slika 4: Kako medicinske sestre in zdravstveni tehniki, obvladujejo stres na delovnem mestu



Na to vprašanje jih je večina odgovorila, da stres obvladuje s pomočjo sodelavcev, kar pomeni 20 (34 %) MS/ZT. 16(27 %) jih trdi, da zmorejo sami, 14(24 %) se pogovorijo o težavah doma s partnerjem, 7 (12 %) stresa sploh ne obvladuje več.

Zanimiv je podatek, da le 2 (3 %) osebi poišče pomoč pri nadrejenem osebju.

Potreba po dodatnem izobraževanju zaposlenih v Zdravstvenem domu Koper

74,0 % (35) medicinskih sester/zdravstvenih tehnikov meni, da bi bila dodatna izobraževanja iz veščin komunikacije ter iz socioloških tem potrebna in ravno tako organizirane skupinske delavnice, v okviru Zdravstvenega doma Koper. 26,0 % 13 oseb meni, da to ni potrebno.

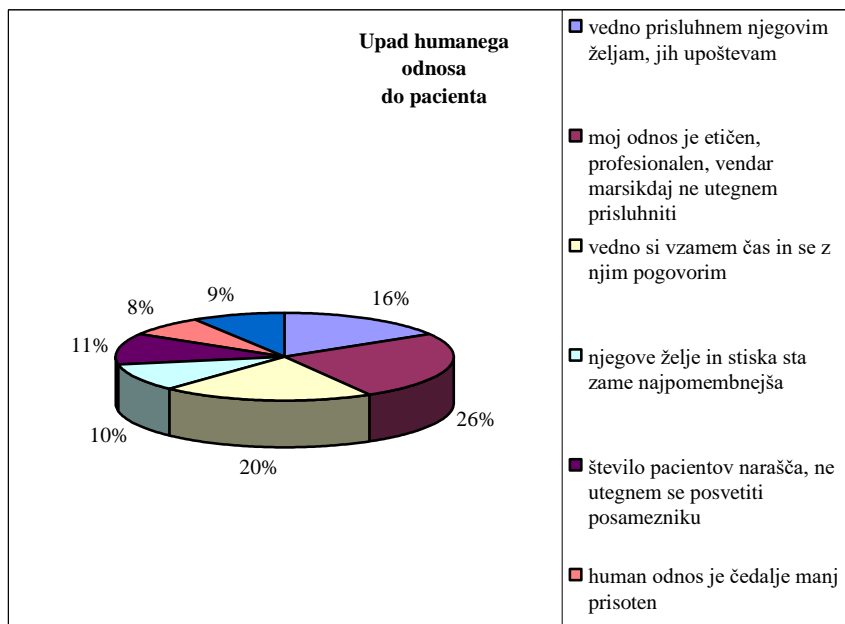
Ali je vsem medicinskim sestram/zdravstvenim tehnikom dana enaka možnost strokovnega izobraževanja?

Na to vprašanje niso odgovorile 3 medicinske sestre oziroma zdravstveni tehniki. Od veljavnih odgovorov je kar (51 %) oziroma 24 oseb odgovorilo, da imajo vsi enake možnosti do strokovnega izobraževanja. 23 oseb (49 %) se s tem ne strinja.

Podpora nadrejenih v primeru stresnih situacij

Da imajo v stresnih situacija podporo nadrejenih, trdi 58% medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. Ostalih 42 % pa meni, da te podpore nimajo.

Slika 5: Kaj menijo medicinske sestre in zdravstveni tehniki o upadu humanega odnosa do pacientov



Mnenja pri tem vprašanju so zelo različna, a vendar večina udeleženih poudarja časovno stisko na delovnem mestu.

26 % oziroma 20 udeleženih medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov meni, da je njihov odnos do pacientov etičen in profesionalen, vendar zaradi časovne stiske marsikdaj ne utegnejo prisluhniti njihovim željam.

20 % (16) jih je odgovorilo, da si vedno vzamejo čas in se s pacienti pogovorijo.

16 % (13) jih je odgovorilo, da zaradi naraščanja števila pacientov, se ne utegnejo posvetiti posamezniku.

10 % (8) jih trdi, da sta za njih pacientova želja in stiska najpomembnejša.

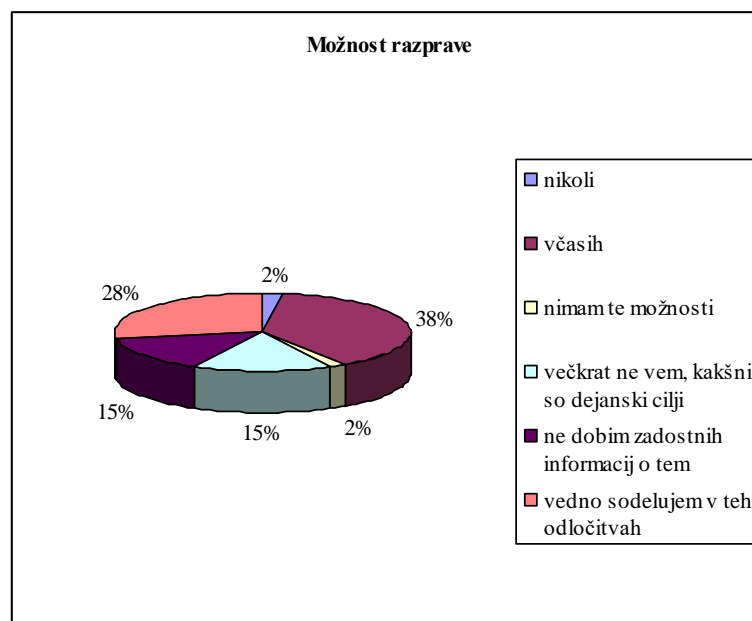
9 % (7) je prepričanih, da pacienta ne obravnava več celostno in da humane vrednote izgubljajo svoj pomen.

8 % (6) jih meni, da je human odnos do pacienta čedalje manj prisoten.

Kakšen pomen imajo za medicinske sestre in zdravstvene tehnike vrednote kot so empatija, zaupanje, zavest, pripadnost ter predanost.

Največ medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov in sicer 31 oseb, kar je (66 %) vseh udeleženih v razpravi trdi, da jim te vrednote pomenijo ogromno. Za 12 oseb (26 %) so te vrednote pomembne, vendar menijo, da jih v praksi ni možno udejanjiti. Le 4 osebe (9 %) menijo, da so vrednote kot so empatija, zaupanje, zavest, pripadnost ter predanost, izgubile svoj pomen.

Slika 6: Možnost sodelovanja medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v razpravah ter skupnega postavljanja ciljev zavoda

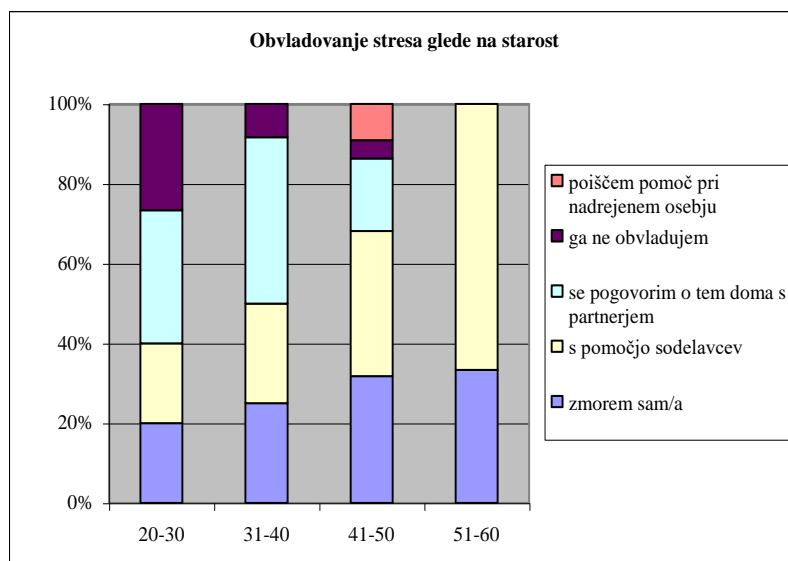


Največ medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov 18 (38 %) se je opredelilo za odgovor, da imajo le včasih možnost sodelovanja v tovrstnih razpravah. 13 (28 %) jih trdi, da vedno sodelujejo pri teh odločitvah, 7 (15 %) se je opredelilo za odgovor, da dejansko mnogokrat ne vedo kakšni so sploh cilji v delovni organizaciji, 7 (15 %) sodelujočih meni, da ne dobijo zadostnih informacij o tem. 1 oseba, torej (2 %) nikoli ne sodeluje pri teh odločitvah in 1 oseba (2 %) trdi, da sploh nima možnosti odločanja.

Vpliv kadrovskega primanjkljaja na delo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v Zdravstvenemu domu Koper

Na to vprašanje ni odgovorilo 10 od 50 vprašanih medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. Veljavni odgovori pa le predstavljajo 50 % torej 20 oseb, ki so pogosto zelo obremenjene zaradi pomanjkanja kadra in da se to odraža na njihovem delu. 13 (32 %) jih trdi, da na njihovem delovnem mestu tovrstnih težav ni in v kolikor so le-te prisotne, je za nadomestilo poskrbljeno. Le 7 (17 %) medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov je odgovorilo, da niso nikoli obremenjeni v tolikšni meri, da bi se to odražalo na samem delu s pacienti.

Slika 7: Korelacija med stresom in starostjo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov



Kadar v določenih okoliščinah obstajajo zveze med pojavi, govorimo o povezanosti ali korelaciji. Korelacija izraža stopnjo povezanosti med pojavi in procesi. S pomočjo križnih tabel (crosstabs), sem prišla do zanimivih spoznanj.

S pomočjo raziskave ugotavljam, da s starostjo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, narašča tudi sposobnost obvladovanja stresa. V starostnem razredu od 51 do 60 let ni bilo niti enega pritrdilnega odgovora, da stresa ne obvladujejo več, nihče ne rešuje stresa s pomočjo pogovora s partnerjem in nihče ne poišče pomoč pri nadrejenih. V tej starostni skupini le 2 osebi (4,4 %) rešujeta stres s pomočjo sodelavcev ali pa zmoreta sami.

V primerjavi s prejšnjo starostno skupino je v starostnem razredu od 20 do 30 let več medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, ki stresa ne obvladujejo več in sicer kar 8 % od 26,7 % sodelujočih. 6,7 % uspejo stres obvladovati sami, 11,1 % se jih pogovori doma s partnerjem. Nihče ne poišče pomoči pri nadrejenih medicinskih sestrah.

Tabela 1: Mnenje o enaki možnosti strokovnega izobraževanja glede na podporo nadrejenih ob stresnih situacijah

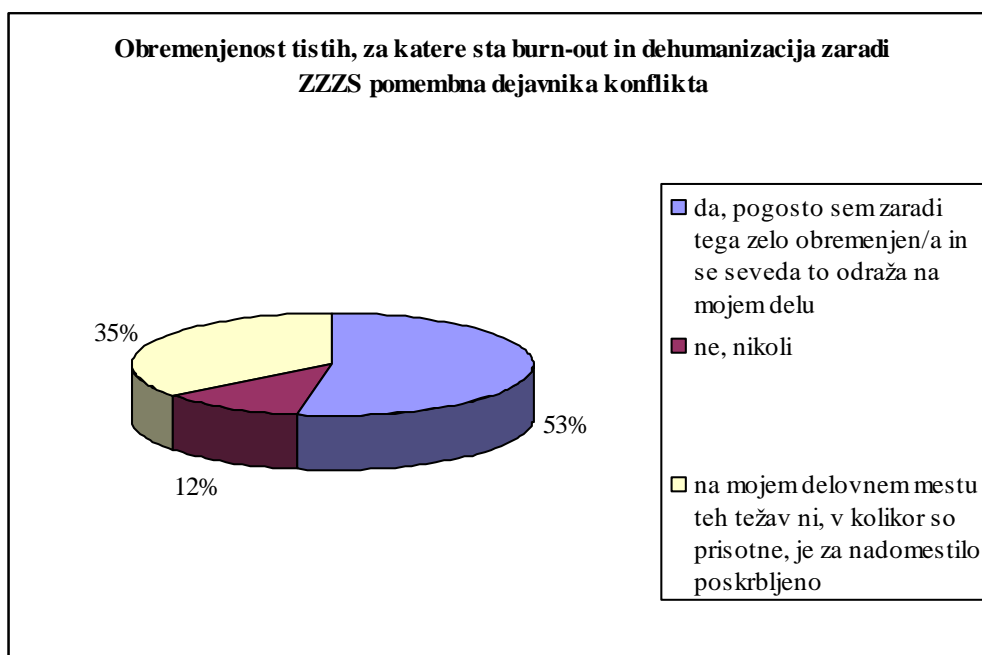
			Enaka možnost strokovnega izobraževanja (v %)		Skupno
			da	ne	
Podpora nadrejenih	da	Število odgovorov	17 (37,0)	10 (21,7%)	27 (58,7%)
	ne	Število odgovorov	6 (13,0 %)	13 (28,3 %)	19 (41,3 %)
Skupno		Število odgovorov	23 (50,0 %)	23 (50,0 %)	46 (100,0 %)

Korelacija med podporo nadrejenih ob stresnih situacijah in med enako možnostjo strokovnega izobraževanja.

Obstaja povezava med tem, ali medicinske sestre in zdravstveni tehniki menijo, da obstajajo enake možnosti za strokovno izobraževanje in med imetjem podpore nadrejenih → gre za pozitivno povezanost Pearsonovega koeficienta korelacije, kar pomeni, da se njegova vrednost bliža 1 ($p = 0.3$) in posledično, da se z večanjem ene spremenljivke večja tudi druga.

Vse medicinske sestre in zdravstveni tehniki, ki trdijo, da imajo vsi enake možnosti do strokovnega izobraževanja, so ravno tako pritrdilno odgovorili, da imajo v stresnih situacijah podporo nadrejenih. Menim, da lahko to povežemo z dobrim medsebojnim sodelovanjem posameznikov v delovni organizaciji,

Slika 8: Korelacija med obremenjenostjo, normativi Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije ter dehumanizacijo



Grafični prikaz jasno prikazuje, da je kar 53 % medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, preobremenjenih, zaradi zgoraj navedenih dejavnikov, kar pa vpliva na njihovo kvaliteto dela.

Medicinske sestre in zdravstveni tehniki, ki so v vprašalniku odgovorili, da so dejavniki, ki povzročajo konflikte na delovnem mestu; izgorelost in visoki normativi, ki jih diktira Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, so na svojem delovnem mestu zelo obremenjeni. Trdijo, da posledično to privede do procesa dehumanizacije v zdravstveni negi. Kar 53 % jih je prepričanih, da se to odraža na njihovem delu s pacienti. Z rezultati korelacije, bi lahko celo trdila, da sta dejavnika kot sta burn-out ter proces dehumanizacije, posledično vezana na visoke normative, oziroma visoko število pacientov opredeljenih za posameznega zdravnika.

Korelacija med obremenjenostjo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov ter njihovo upoštevanje pacientovih želja

Medicinske sestre in zdravstveni tehniki, ki so na delovnem mestu pogosto preobremenjeni zaradi kadrovskega primanjkljaja, se ta preobremenjenost seveda odraža na njihovem delu s pacienti. Delo samo v takšnih trenutkih postane rutina, saj v takšnih pogojih naredimo le kar je nujno, ne upoštevamo pa pacienta kot partnerja in temu primerno se mu ne posvetimo. V tem primeru nikakor ne moremo trditi, da je naš odnos do pacienta human in etičen.

15 RAZPRAVA

Na podlagi razprave sem prišla do določenih rezultatov, s katerimi lahko potrdim ali ovržem hipoteze, navedene v diplomski nalogi. Dokaze, primerjave ter ugotovitve, ki so dokazane s pomočjo raziskave, bom predstavila v tem poglavju.

Osnovna vprašanja kot so spol, starost, izobrazba, niso odstopala od normalnih kriterijev. V raziskavi je sodelovalo večina žensk, kar je bilo pričakovano, glede na naravo dela v Zdravstvenem domu Koper, torej v ambulantni in dispanzerski dejavnosti. Udeleženih je bilo le 14 % moških, ki so razporejeni na delovno mesto v prehospitalni enoti. Starostna struktura je razporejena po normalni distribuciji. V Zdravstvenem domu Koper je trenutno največ zaposlenih v starostnem intervalu med 41 pa do 50 let (39 %), sledi ji starostni razred od 20 do 30 let (28 %), nato starostni razred od 31 do 40 let (20 %) in z 13 % starost od 51 do 60 let. Izobrazbena struktura zajame največ zaposlenih s srednjo izobrazbo in sicer kar 60 %, sledi ji visoka šola z 20 %, nato višja z 16 % ter univerzitetna 4 %. Ne zasledim odstopanj od pričakovanj, saj obstaja v dispanzerski dejavnosti kadrovske normativ in sicer 2 medicinski sestre s srednjo izobrazbo in ena z visoko ali višjo na enega zdravnika. V raziskavi je sodelovalo kar 35 % medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov zaposlenih v dispanzerski dejavnosti, 24 % iz patronažnega varstva, 17 % iz prehospitalne enote, 11 % iz ambulate splošne medicine, 4 % iz zdravstveno vzgojnega programa ter 9 % iz zobnih ambulant.

S pomočjo analize dobljenih podatkov ugotavljam, da jih je največ zaposlenih na istem delovnem mestu le do 5 let, kar pomeni 44 % vseh vprašanih. Po tem podatku bi lahko sklepala, da zaposlenim pogosto menjajo delovno mesto, saj frekvenčno ni zaposlenih toliko mladih od 20 do 30 let, za katere bi bil to normalen pojav. Da so zaposleni zadovoljni na svojem delovnem mestu, jih je pritrdilno odgovorilo kar 55 %, 39 % le delno in 6 % da niso zadovoljni. Zavedati se je potrebno, da je zadovoljstvo relativno. Nihče od udeleženih, ki niso zadovoljni ali so le delno, ni želel odgovoriti na odprto vprašanje in podati predloge za povečanje zadovoljstva posameznika.

82 % medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, se je v raziskavi opredelilo za timski način dela, kar je glede na število dispanzerjev v Zdravstvenem domu Koper sprejemljiv podatek

V Zdravstvenem domu Koper se medicinske sestre in zdravstveni tehniki na svojem delovnem mestu srečujejo s stresom, saj so zdravstveni delavci tudi samo ljudje in da so lahko ravno tako oni ogroženi iz psihičnega in fizičnega pogleda. V tem sklopu se kažejo statistično značilne razlike med medicinskimi sestrami in zdravstvenimi tehnikami, glede na njihovo starost in obvladovanje stresa. S pomočjo raziskave ugotavljam, da z njihovo starostjo narašča tudi sposobnost obvladovanja stresa. V starostnem razredu od 51 do 60 let ni niti ena oseba zatrdila, da stresa ne obvladuje več, v kolikor pa stres nadvlada, se o tem pogovorijo s sodelavci oziroma z ostalimi člani negovalnega tima. V primerjavi s prejšnjo starostno skupino, se mlajši kader s stresom ne spoprijema tako uspešno. Kar 8 % jih trdi, da stresa sploh ne obvlada. Iz tega bi lahko sklepali, da z leti medicinskim sestram/zdravstvenim tehnikom uspe oblikovati samopodobo, samozavest, za kar pa prav gotovo botrujejo bogate izkušnje ter njihovo strokovno znanje. Dejstvo pa je, da medicinske sestre/zdravstveni tehniki ne morejo izvajati humane, etične in kakovostne zdravstvene nege, v kolikor so na delovnem mestu pogosto prisotni tako imenovani stresorji in da jih posameznik ne uspe obvladovati.

V interesu delovne organizacije, je vsekakor čim manj odsotnosti zaradi bolezni, pozabljajo pa predvsem na čustveno stisko zaposlenih, ki jim mnogo krat posledično ogrozi zdravje. Medsebojni odnosi so lahko marsikdaj eden večjih dejavnikov nezadovoljstva, izgorelosti, stresa ter procesa dehumanizacije. Čeprav je v vprašalniku (28 %) medicinskih sester/zdravstvenih tehnikov odgovorila, da se s sodelavci dobro razume, so se preostali odločili za druge odgovore, ki nikakor ne potrjujejo dobrega medsebojnega odnosa. Sklop teh odgovorov, kot so: ne čutim pripadnosti v svojem kolektivu, v medsebojnih odnosih prevladuje toga hierarhija, na delovnem mestu ni timskega sodelovanja, odnos s sodelavci je slab ter da so konflikti večkrat prisotni zajame kar 72 % udeleženih v raziskavi. Razvoj zdravstvene nege, nova znanja, ki vstopajo v naš prostor, temeljijo ravno na zavedanju moralne vloge posameznika do drugega in vzporedno s tem lahko govorimo o kakovostni zdravstveni negi, ki pa le-ta ne more biti, če so medsebojni odnosi v delovni organizaciji slabi oziroma zaskrbljujoči. Medsebojni odnosi seveda temeljijo na dobri medsebojni komunikaciji. S pomočjo raziskave lahko potrdim drugo hipotezo, saj je kar 74 % udeleženih medicinskih sester/zdravstvenih tehnikov v raziskavi zatrdilo, da bi bila interna strokovna izobraževanja iz sociologije ter iz komunikacijskih veščin zelo potrebna in le 26 % jih je mnenja, da to ne potrebujejo. Želijo si, da bi to znanje pridobivali v obliki učnih delavnic, katere naj bi bile organizirane v sklopu Zdravstvenega doma Koper. Iz tega lahko sklepamo, da je pri njih prisoten deficit znanja iz določenih socioloških, psiholoških ved ter iz komunikacijskih veščin. Če medsebojna komunikacija ni uspešna, posledično ne more biti uspešen niti medsebojni odnos.

Dejstvo je, da so v vsaki delovni organizaciji prisotni dejavniki, ki sprožijo konfliktne situacije. Če sklepamo po rezultatih raziskave, je največ medicinskih sester/zdravstvenih tehnikov mnenja, da je največji sprožilni dejavnik preobremenjenost, nato sledi stres ter izgorevanje, visoko število opredeljenih pacientov na zdravnika, osebno nezadovoljstvo ter premalo dane možnosti strokovnega izobraževanja in možnosti nadgradnje že obstoječega znanja. V tem primeru lahko na podlagi rezultatov, ki sem jih pridobila s pomočjo izračuna korelacije med obremenjenostjo in procesom dehumanizacije, potrdim tretjo hipotezo, ki sem jo navedla v diplomskem delu. Torej visoki normativi, ki jih postavlja Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, med drugim povzročajo izgorevanje medicinskih sester/zdravstvenih tehnikov, kar posledično vpliva na proces dehumanizacije v zdravstveni negi.

Da bi dobila realno sliko o možnostih strokovnega izobraževanja, sem jim zastavila vprašanje: če se strinjajo, da imajo vsi zaposleni enake možnosti izobraževanja. S pomočjo izračuna korelacije sem prišla do zanimivega spoznanja. Torej 51% medicinskih sester/zdravstvenih tehnikov, ki je na to vprašanje odgovorilo pritrdilno, je evidentno, da ima teh 37 % zaposlenih tudi podporo nadrejenih ob stresnih situacijah. Tisti, ki so zatrdili, da možnost izobraževanja ni dana vsem zaposlenim, so v 28 % odgovorili, da nimajo podpore nadrejenih. Iz tega lahko sklepamo, da je prisotna nezdrava hierarhija z humanega ter etičnega vidika niso vsi zaposleni enako tretirani in nimajo vsi enakih možnosti izobraževanja. Rezultati raziskave so potrdili zgoraj navede dejstva in s tem lahko potrdim tudi prvo hipotezo, torej potreba po kontinuiranem strokovnem izobraževanju in socialnem učenju se večja.

V naslednjem sklopu vprašanj, v katerem sem dala možnost vsem udeleženiim v raziskavi podati mnenja, o upadu humanega odnosa med samimi izvajalci zdravstvene nege in pacienti, so različna. Vendar je večina mnenja, da je njihov odnos do pacientov etičen, da pacientom prisluhnejo in da je za njih pomembna pacientova stiska in njegova želja (62 %). Ostalih (48 %) pa poudarja, da se zaradi naraščanja števila pacientov ne utegnejo posvetiti posamezniku, ga ne obravnavajo več celostno.

Prepričani so, da humane vrednote izgubljajo svoj pomen in da je takšen odnos čedalje manj prisoten. Kakor, da se nahajamo v procesu industrializacije, hitimo, da bi opravili svoje delo, ob tem pa pozabljamo, da je pacient človek in čustveno duhovno bitje.

Z analizo dobljenih podatkov ugotavljam, da medicinske sestre/zdravstveni tehniki, kljub hitremu tempu, obremenjenosti in stresu, vrednote kot so empatija, zaupanje, zavest, pripadnost ter predanost še vedno osebno pomenijo ogromno (66 %). Prepričani so, da v praksi zdravstvene nege te vrednote izgubljajo svoj pomen, saj jim čas, ki ga imajo za določenega pacienta, ne zadostuje za vzpostavitev bolj humanega medčloveškega odnosa s pacientom.

Rezultati raziskave kažejo povezanost med kadrovskim primanjkljajem ter med obremenjenostjo, saj je 50 % sodelujočih v raziskavi potrdilo, da so zaradi pomanjkanja kadra pogosto zelo obremenjene. V optimalnih pogojih, bi morala vsaka delovna organizacija imeti kadrovske rezervo (7 %-8 %), česar pa verjetno v trenutni politiki zdravstva, ni mogoče udejanjiti.

Z preobremenjenostjo medicinskih sester/zdravstvenih tehnikov, narašča možnost padca kakovosti zdravstvene nege in s tem je ravno tako viden upad njihovega etičnega, humanega ter strokovnega delovanja.

Lahko zaključim misel, da je čas ko se lahko resnično zazremo vase in ponovno pričnemo na življenje in na ljudi gledati bolj humano.

16 SKLEP

Ugotovitve raziskave kažejo, da je med medicinskimi sestrami in zdravstvenimi tehnikami v Zdravstvenem domu Koper prisoten deficit znanja, ravno iz področja komunikacijskih veščin. V delovni organizaciji, bi bilo dobro vsem zaposlenim omogočiti interna izobraževanja s temami, kako premagovati stres na delovnem mestu, o metodah reševanja konfliktov ter o metodah za učinkovito komunikacijo med zaposlenimi.

S pomočjo izračuna Pearsonovega koeficienta korelacije, je bila ugotovljena povezava med zadovoljstvom zaposlenih ter podporo nadrejenih v delovni organizaciji. Od same delovne organizacije, je seveda odvisna delovna klima in zadovoljstvo zaposlenih. Medicinske sestre in zdravstveni tehniki, naj bi imeli občutek pripadnosti delovni organizaciji, to pa lahko imajo le z uspešnim vodenjem ter s podporo nadrejenih. Da bi imele vodje potrebno znanje, bi bilo smiselno, da jim zavod nudi ustrezno izobraževanje o novem motivacijskem in partnerskem načinu vodenja.

Razvoj in vse večja zahtevnost nalog, s katerimi se soočajo medicinske sestre/zdravstveni tehniki v praksi zdravstvene nege, zahteva sodobne načine izobraževanja in kontinuirano nadgradnjo obstoječih znanj in spretnosti, tako je permanentno izobraževanje za sleherno medicinsko sestro in zdravstvenega tehnika pravica in dolžnost.

V prihodnje bo potrebno še večjo pozornost posvetiti odnosom v zdravstvenih in negovalnih timih. Smisel tega je, da si poleg strokovnega napredka vsi zdravstveni delavci prizadevajo za svoj osebni razvoj, ki bo vključeval razumevanje potreb sodelavcev in pacientov. Vse to z namenom, da bi se medsebojni odnosi izboljšali; v korist večjega zadovoljstva pacientov, uspešnejšega zdravljenja in zadovoljstva zdravstvenih delavcev

Za ponovno obuditev humanih odnosov v zdravstveni negi je potrebno postoriti še ogromno. Zavedam se, da na določena dejstva ne moremo vplivati in da še nečesa ne znamo zaposleni v zdravstveni negi, namreč pohvaliti sebe in druge. Največkrat se raje izognemo pohvali, ker smo v naslednjem trenutku postavljeni pred ogledalo in kritično presojo lastnih kolegic in kolegov. Zato raje ne tvegamo in molčimo.

17 VIRI

- 1) Kersnič P. *Neobjavljena predavanja, 2003: Zgodovina ZN.*
- 2) Šlajmer Japelj M. *Neobjavljena predavanja, 2003: Pogled skozi zgodovino ZN.*
- 3) Kramar Z., Skela Savič B. *Ustanovljena je Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice. Skela Savič B, Utrip – strokovno informativni bilten Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 14(11)., 2006: 10.*
- 4) Hajdinjak G., Meglič R. *Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo, 2006: 180.*
- 5) Hajdinjak G., Meglič R. *Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo, 2006: 167 – 169.*
- 6) Hajdinjak G., Meglič R. *Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo, 2006: 176.*
- 7) Hajdinjak G., Meglič R. *Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo, 2006: 181 – 298.*
- 8) Hajdinjak G., Meglič R. *Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo, 2006: 127 – 143.*
- 9) <http://users.volja.net/ehologija/> <28.12.2005>
- 10) Sprah L. *Medicinska in socialna medicina. Neobjavljena predavanja, 2003/2004.*
- 11) Moj malček – revija za skrbne starše. <http://www.mojmalcek.net/revija-03-05/bolnisnica.php>. <26.5.2007>
- 12) Keudel H. *Otroške bolezni. 3. dop. izd.; Ptuj, IN OBS MEDICUS, 2003: 12 – 13, 214.*
- 13) Tschudin V. *Etika v zdravstveni negi: Razmerja skrbi. Ljubljana, Educy: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, 2004: 37 – 52.*
- 14) Klemenc D. *Medicinska sestra – zagovornica pacientovih pravic, tudi pravice do avtonomije. In: Klemenc D. Zdravstvena nega v luči etike. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, 2003: 249 – 263.*
- 15) Šmitek J. *Zdravstvena nega – etična disciplina in praksa. In: Klemenc D. Zdravstvena nega v luči etike. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, 2003: 34 – 40.*
- 16) Šmitek J. *Uporabnost teorij etike v ZN. Obzor Zdr N 2004; 38(3): 205-209.*

- 17) Klemenc D. Skrb v zdravstveni negi ali zdravstvena nega v (o)skrbi. *Obzor Zdr N* 2003; 37(2): 99 – 106.
- 18) Knjfic N. Pozornost kot element etike skrbi. In: Klemenc D. *Zdravstvena nega v luči etike*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, 2003: 264 – 270.
- 19) Tschudin V. Etika v zdravstveni negi: Razmerja skrbi. Ljubljana, Educy: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, 2004: 58 – 84.
- 20) Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ljubljana, 2005: 1 – 7.
- 21) Grbec V. 10-letnica Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; Od medicinske etike do etike v zdravstveni negi. *Obzor Zdr N* 2004; 38(2): 183.
- 22) Vrbovšek S. Kompetentnost kot element etike skrbi v diskurzu zdravstvene nege. In: Klemenc D. *Zdravstvena nega v luči etike*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, 2003: 279 – 291.
- 23) Šmitek J. Čustvena inteligenca v zdravstvu – ali je potrebna? In: Klemenc D. *Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljševanje kakovosti*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, 2006: 123 – 147.
- 24) Kobilšek P. Zaznavanje empatije pri medicinskih sestrah v Sloveniji. In: Klemenc D. *Zdravstvena v luči etike*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, 2006: 292 – 299.
- 25) Bobnar A. Evtanazija. In: Klemenc D. *Zdravstvena nega v luči etike*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, 2003: 171.
- 26) Jakšič E. Doživljanje preobremenjenosti in stresa na področju zdravstvene nege. In: Filej B., Kersnič P., 6. mednarodni kongres zdravstvene in babiške nege: *Zdravstvena in babiška nega – kakovostna, učinkovita in varna*, Kongresni center Domina, Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, 2007: 77 – 86.
- 27) Šlajmer Japelj M. *Sociologija zdravstva*. Maribor: Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, 2003: 6 – 11.
- 28) Moore S. *Sociologija: ključni pojmi in dejstva*. Dop. izd. Ljubljana, Znanstveno in publicistično središče d.o.o., 1993: 8 – 32.
- 29) Skela Savič B. Uvajanje izboljšav v proces pripravištva v zdravstveni negi. *Obzor Zdr N* 2001; 35(3-4): 125 – 134.
- 30) Ščavničar E. Subjekt in objekt v odnosu med medicinsko sestro in bolnikom. *Obzor Zdr N* 2002; 36(1): 41 – 44.

- 31) Pahor M. *Medicinske sestre v očeh študentov zdravstvene nege: kvalitativna študija*. *Obzor Zdr N* 2002; 36(2): 79 – 83.
- 32) Bohinc M. *Izobraževanje za etično odločanje v zdravstveni negi*. In: Klemenc D. *Zdravstvena nega v luči etike*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, 2003: 102 – 110.
- 33) Železnik D. *Etika v izobraževalnem programu medicinskih sester*. In: Klemenc D. *Zdravstvena nega v luči etike*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, 2003: 111 – 115.
- 34) Tschudin V. *Etika v zdravstveni negi: Razmerja skrbi*. Ljubljana, Educy: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, 2004: 146 – 148.
- 35) Medoš T. *Upoštevanje etičnih načel kodeksa zdravstvene nege v Splošna bolnišnica Izola*. *Obzor Zdr N* 2004; 38(4): 313 – 318.
- 36) Hoyer S. *Pomen permanentnega izobraževanja v zdravstveni negi*. *Obzor Zdr N* 2004; 38(2): 113 – 116.
- 37) Kvas A. *Formalno izobraževanje medicinskih sester v Sloveniji*. *Obzor Zdr N* 2003; 37(1): 23 – 27.
- 38) Peternelj A. *Kako pripravljeni smo v zdravstveni negi na spremembe in potrebe sodobne družbe?*. *Obzor Zdr N* 2006; 40(2): 69 – 70.
- 39) Filej B. *Slovenska zdravstvena nega – quo vadis*. *Obzor Zdr N* 2001; 35(3-4): 65 – 68.
- 40) Pahor M. *Skrb v slovenski zdravstveni negi: nekatere ovire za kognitivno, refleksivno in moralno prakso*. Sevenhuijsen S., Švab A. *Labirint skrbi: pomen perspektive etike skrbi za socialno politiko*. Ljubljana: Mirovni inštitut, Inštitut za sodobne družbene in politične študije, 2003: 75 – 86.
- 41) Ovijač D., Škrabl N., Kobilšek P., Cevc M., Pahor M. *Sodelovanje v slovenskem zdravstvu iz ptičje perspektive*. In: Klemenc D. *Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljševanje kakovosti*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, 2006: 218 – 233.
- 42) Bizjak M. *Vpliv odnosov med zdravstvenimi delavci na odnose do bolnikov*. In: Filej B., Kersnič P., 6. mednarodni kongres zdravstvene in babiške nege: *Zdravstvena in babiška nega – kakovostna, učinkovita in varna*, Kongresni center Domina, Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, 2007: 249 – 253.
- 43) Poredoš P. *Medsebojni odnosi v zdravstvenem timu – pogoj za kakovostno zdravstveno storitev*. In: Klemenc D. *Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljševanje kakovosti*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, 2006: 15 – 16.

- 44) Klemenc D. Prvi skupni raziskovalni projekt medicinskih sester in zdravnikov o medpoklicnih odnosih v zdravstvenem timu – priložnost, ki je še ni bilo. In: Klemenc D. Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljševanje kakovosti. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, 2006: 9 – 14.
- 45) Kersnič P. Medicinske sestre in zdravniki – zdravniki in medicinske sestre. In: Klemenc D. Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljševanje kakovosti. 20 – 21.
- 46) Tschudin V. Kaj je skupno menedžerjem in etiki. In: Klemenc D. Zdravstvena nega v luči etike. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, 2003: 93 – 101.
- 47) Tschudin V. Strokovna, etična in pravna odgovornost: širša perspektiva. Obzor Zdr N 2004; 38(1): 4
- 48) Position Statemen: nursing leadership. Canadian nurses association. Ottawa: Canadian nurses association, 2002.
- 49) Teržan M. Stres na delovnem mestu: dobro se počutim, delo mi je v veselje! Ljubljana: ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, Urad RS za varnost in zdravje pri delu, 2002.
- 50) Jerčič L., Kersnič P. Medicinska sestra in humor na delovnem mestu. Obzor Zdr N 2004; 38(4): 275 – 285.
- 51) Payne S, Walker J. Stres in spoprijemanje z njim: teorija in uporaba v zdravstveni negi. In: Psihologija v zdravstveni negi. Ljubljana: Educy, 2002: 105–135.
- 52) Ivanovič B, Popovič S, Nartnik I. Medicinska sestra odhaja iz intenzivne terapije. In: Buček - Hajderevič I., Zagotavljanje kontinuitete zdravstvene nege: Zbornik predavanj. Terme Čatež, 27–29. maj 2004. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov za anesteziologijo, intenzivno nego in terapijo in transfuziologijo, 2004: 50–57.
- 53) Jerčič L. Reševanje stresa na delovnem mestu. Utrip 2005; XII (6): 58–59.
- 54) Kvas A, Seljak J. Mesto zdravnikov in medicinskih sester v različnih modelih zdravja. In: Slovenske sestre na poti v postmoderno. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, 2004: 15–28.
- 55) Rakovec – Felser Z. Pojav izgorevanja med zdravstvenim osebjem. Obzor Zdr N 2006; 40(3): 143 – 148.
- 56) Pšeničny A, Perot M. Ste izgoreli. Viva 2006; XIV (149): 31–34.

- 57) Williams L.L. *Impact of nurses job satisfaction on organisational trust. Health Care Manage Rev* 2005; 30: 203
- 58) Iasser W. *Duševno zdravje – problem javnega zdravja, nova vloga svetovalcev in psihoterapevtov – revija za teorije izbire, realitetno terapijo in kakovostno vodenje. Ljubljana, 2006*
- 59) Perić B., Pišlar M., Lorber M., Donik B. *Pomen komunikacijskih veščin in medosebnih spretnosti v klinični praksi za študente Visoke zdravstvene šole Univerze v Mariboru. In: Filej B., Kersnič P., 6. mednarodni kongres zdravstvene in babiške nege: Zdravstvena in babiška nega – kakovostna, učinkovita in varna, Kongresni center Domina, Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, 2007: 261 – 265.*
- 60) Arnautovič S., Škrabl N. *Teoretična izhodišča kakovosti v storitveni dejavnosti in primerjava s kakovostjo v bolnišnicah. In: Filej B., Kersnič P., 6. mednarodni kongres zdravstvene in babiške nege: Zdravstvena in babiška nega – kakovostna, učinkovita in varna, Kongresni center Domina, Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, 2007: 281 – 287.*
- 61) Hajdinjak A., Meglič R. *Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo, 2006; 11 - 51.*
- 62) Vidmar I. *Kategorizacija bolnikov v ambulantni splošne medicine. In: Filej B., Kersnič P., 6. mednarodni kongres zdravstvene in babiške nege: Zdravstvena in babiška nega – kakovostna, učinkovita in varna, Kongresni center Domina, Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, 2007: 627 - 635.*

18 PRILOGE

Andreja Plimen
absolventka VSZI

Priloga 1: Vprašalnik za medicinske sestre in zdravstvene tehnike v Zdravstvenem domu
Koper

1. Obkrožite spol: ž m

2. Koliko ste stari?let

3. Vaša stopnja izobrazbe:
(obkrožite željen odgovor)

1. srednja izobrazba
2. višja izobrazba
3. visoka izobrazba
4. specializacija
5. magisterij ali doktorat

4. V kateri ambulanti ali dispanzerju ste zaposleni?

5. Koliko časa ste na tem delovnem mestu?
____let ____mesecev.

Pred naslednjimi sklopi vprašanj prosim ,da obkrožite črko pred želenim odgovorom. Odgovorov je možnih več.

6. Ste zadovoljni na vašem delovnem mestu?
(v kolikor ste odgovorili z NE, dopišite kaj je razlog nezadovoljstvu)

- a) da, zelo
- b) le delno
- c) nisem zadovoljna

Vaš razlog; _____

7. Kakšen način dela prevladuje na vašem delovnem mestu?

- a) timski način dela
- b) Individualni način dela

8. Kakšen je vaš odnos s sodelavci?

- a) S sodelavci se dobro razumem.
- b) Odnos je neprimeren.
- c) Pogosto so prisotni konflikti.

- d) Obstajajo togi hierarhični odnosi.
- e) Pogosto sem izpostavljen / a stresu.
- f) Premalo imam možnosti strokovnega izobraževanja ali nadgradnjo že obstoječega znanja.

9. Kateri so po vašem mnenju najpogostejši dejavniki, ki povzročajo konflikt med sodelavci ali pacienti?

- a) Preobremenjenost.
- b) Osebno nezadovoljstvo.
- c) Stres.
- d) Visoki normativi, ki jih narekuje Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (visoko število opredeljenih pacientov, na posameznega zdravnika).
- e) Nezadostno strokovno znanje.
- f) Izgorevanje zdravstvenega osebja – burn out.
- g) Premalo dane možnosti do izobraževanja in sicer socialnega učenja, psihološkega učenja ter komunikacijskih veščin.

Navedite vaše osebne ugotovitve:

10. Kako obvladujete stres na vašem delovnem mestu?

- a) Obvladujem ga sam /a.
- b) S pomočjo sodelavcev – se z njimi pogovorim.
- c) Se pogovorim doma s partnerjem.
- d) Ga ne obvladujem in sem v službi nerazpoložen/a, utrujen/a, razdražen/a in nezadovoljen/a.
- e) Poiščem pomoč pri nadrejenem osebju.

11. Menite, da bi bilo potrebno v zavodu organizirati dodatna izobraževanja iz komunikacijskih veščin, iz sociologije ter iz psiholoških ved?
(Obkrožite vaš zelen odgovor.)

- a) DA, menim da to potrebujem.
- b) Menim, da to ni potrebno.

12. Ali je po vašem mnenju vsem zaposlenim v Zdravstvenemu domu Koper, dana enaka možnost strokovnega izobraževanja?

- a) Da vsem je dana enaka možnost.
- b) Ne, ni dana vsem enaka možnost. Prosim za vaše mnenje.

13. Ali imate podporo od nadrejenih, kadar ste izpostavljeni stresni situaciji ali konfliktu s sodelavci ali s pacienti?

- a) Da imam podporo od nadrejenih.
- b) Ne te podpore nimam.

14. Cilj v zdravstveni negi je zadovoljen pacient, pa naj gre za dolgoročne ali kratkoročne cilje. Menite, da je v današnjem času prisoten upad humanega odnosa do pacienta? V kolikor je ta pojav prisoten utemeljite s pomočjo danih možnosti;

- a) Vedno prisluhnem njegovim željam in potrebam ter jih upoštevam.
- b) Moj odnos do pacienta je etičen, moralen in profesionalen, vendar zaradi časovne stiske se mu ne utegnem popolnoma posvetiti.
- c) Vedno si vzamem čas in se s pacientom pogovorim.
- d) Pacientove želje in njegova stiska sta zame najpomembnejša.
- e) Število pacientov narašča in se ne utegnem posvetiti posamezniku.
- f) Human odnos do pacienta, je čedalje manj prisoten.
- g) Pacienta ne obravnavamo več celostno in s tem humane vrednote izgubljajo svoj pomen.

15. Kaj vam osebno pomenijo humane vrednote kot so; empatija, zaupanje, pripadnost ter predanost?

- a) So mi tuje.
- b) Pomenijo mi ogromno.
- c) So izgubile svoj pomen v družbi.
- d) So pomembne, vendar jih v praksi ne moremo udejanjiti.
- e) Ne vem.

16. Kaj bi po vašem mnenju, ponovno obudilo bolj zdrave humane medsebojne odnose v naši družbi in s tem tudi na vašem delovnem mestu?

17. Vam je v vašem delovnem, oziroma negovalnem timu, dana možnost razprave, skupnega udeleževanja pri sprejemanju odločitev ter sprejemanje načrtovanih ciljev, kateri so bistvo delovanja vsake delovne organizacije? (Možnih je več odgovorov in obkrožite črko pred izbranim)

-
- a) Nikoli ne sodelujem.
 - b) Včasih
 - c) Nimam možnosti sodelovanja.
 - d) Ne vem kakšni so dejanski cilji
 - e) Ne dobim zadostnih informacij o tekočih zadevah v delovni organizaciji.
 - f) Vedno sodelujem pri teh odločitvah

18. Ali ste v času kadrovskega primanjkljaja (odsotnost zaradi bolezni, porodniški dopusti, odsotnost zaradi udeležbe na seminarjih), dodatno obremenjene z nadurnim delom v tej meri, da se to odraža na vašem delu in v odnosu do pacientov?

- a) Da, pogosto sem zaradi tega zelo obremenjen/a in seveda se to odraža na mojem delu.
- b) Ne, nikoli nisem zaradi tega dodatno obremenjen/a.
- c) Na mojem delovnem mestu teh težav ni, v kolikor so prisotne je za nadomestilo urejeno.